

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo
SANATORIO SÃO LUCAS

Instituto de Ensino e Pesquisa de Medicina e Cirurgia

Diretor: **JOAQUIM CO RIBEIRO**

VOL. LXXII

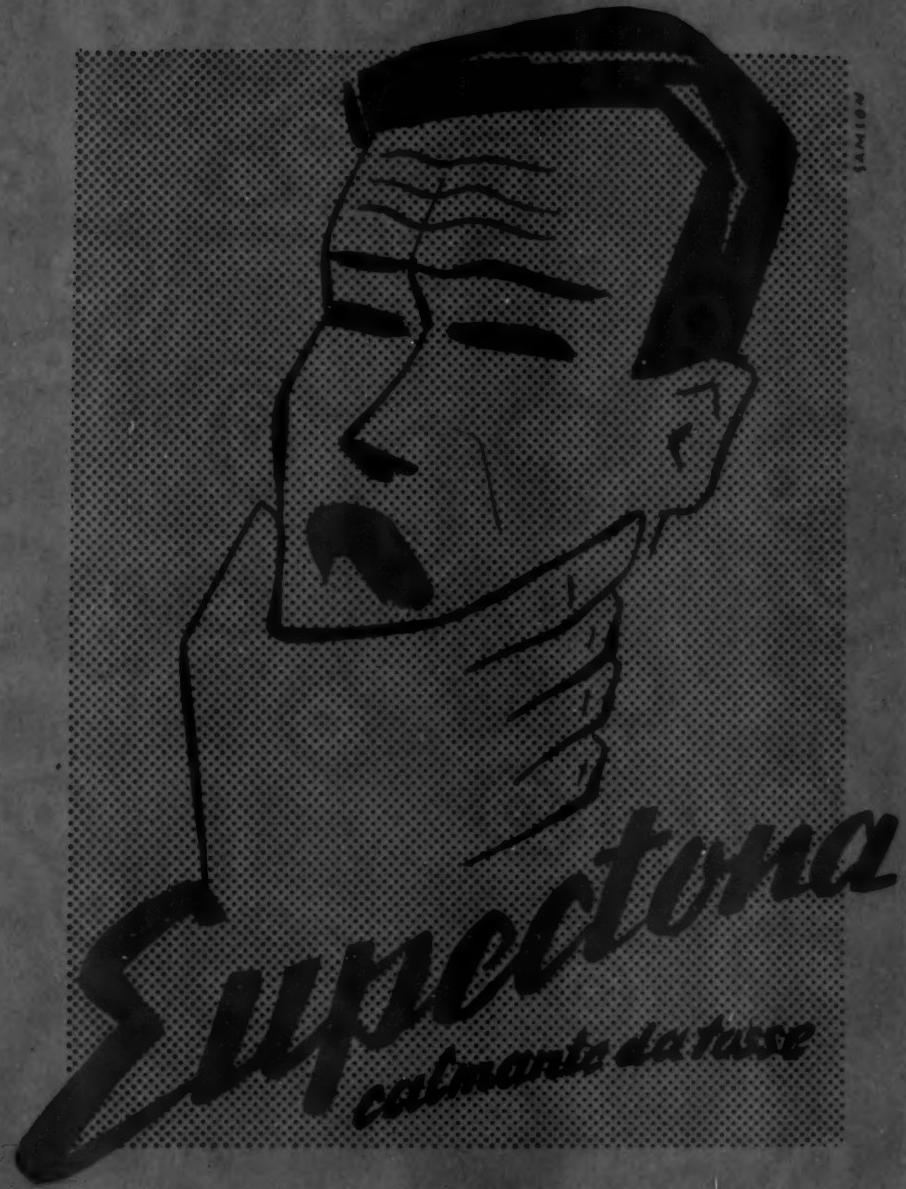
São Paulo - Maio de 1956

N.º 2

Sumário:

	Pág.
Leriche, pionero da cirurgia moderna — Prof. PAULO MAMGA- BEIRA ALBERNAZ	91
A pedra bovina (Pequena nota histórica) — Dr. ARNALDO AMADO FERREIRA	101
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Neuro-psiquiatria	109
Ortopedia e traumatologia	110
Patologia	120
Pediatria	124
Proctologia	124
Sociedade Médica São Lucas	125
Academia de Medicina de São Paulo	128
Outras Sociedades	130
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	131
Vida Médica de São Paulo:	
Necrológio	
Assuntos de Atualidade:	
A revivificação do organismo em estado de morte clínica	134
Literatura Médica:	
Apreciações	140
Separatas e folhetos recebidos	141

SAMIG



LABORATÓRIO TORRES S. A.

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

CAPÁ :	Cr\$
2. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.800,00
3. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	1.500,00
4. ^a página da capa (12 x 19 cm.) por vez	2.500,00
TEXTO :	Cr\$
1 página (12 x 19 cm.) por vez	1.800,00
% pagina (9 x 12 cm.) por vez	1.000,00
% página (9 x 5,5 cm.) por vez	600,00
Encarte por vez	1.800,00
Página fixa	20% de aumento.

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS
INTESTINAL PELO DERIVADO
FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÉUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.^o Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

VIKASALIL

B1

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÓR.



Fórmula:

Salicilato de Sódio	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Vitamina B1	0,006
Bicarbonato de Sódio	0,03

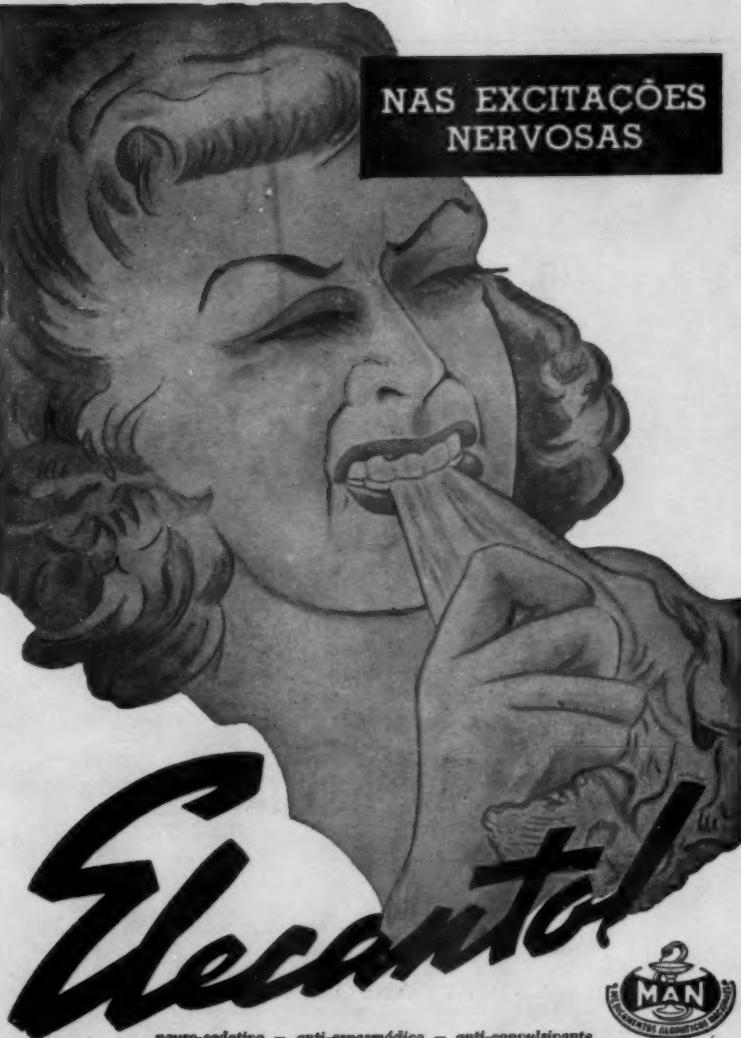


LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS



Elegans!



neuro-sedativo — anti-espasmódico — anti-concussante

Na hiper-excitabilidade reflexa — Cárdo-Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Cárdo-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sistoles funcionais, etc.).

A base do célebre

LEPTOLOBIUM ELEGANS

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: | Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.
Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.
PRODUTOS FARMACÉUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 — Telefone 53-3426 — São Paulo

No tratamento da

Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral

Pantofédrina

Novo específico à base de fôlhas e cascas de
ERITHRINA CRISTA-GALI
(COM GLUCOSE)

Pantofédrina

*no tratamento da coqueluche
preparado no*

LABORATÓRIO PHARMA

introdutor da

Erithrina Crista-Gali



amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

Triunfando

atravez dos tempos e de
geração em geração, como a linhagem
dos animais para sangue,

*Codeína e
Cloridrato de
Etilmorfina*
lideram tradicionalmente
a terapêutica das
Tosses



Gotas

IBEL

fórmula:

modo de usar:

Cloridrato de Etilmorfina	0,003 g.
Codeína	0,004 g.
Tintura de Lobelia	0,1 g.
Tintura de Grindelia	0,1 g.
Tintura de Crataegus	0,1 g.
Água de Louro Cereja	0,2 g.

ADULTOS: - 40 gotas em um cálice de
água açucarada, 4 a 5 ve-
zes ao dia, ou segundo cri-
tério médico.

CRIANÇAS: - 20 gotas, a critério médico.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A
PRODUTOS FARMACÉUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 577 — Fone 33-3426 — São Paulo

da a seguir sob consulta
magnífica à unio

NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR



DOLCSONA

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:
metadona e papaverina

- Alivia a dor sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- Não afeta o coração nem a pressão arterial
- Menor depressão respiratória que os opióides
- É particularmente alivia nas dores provocadas, mastigadas ou exaladas por espasmos da musculatura lisa.



Ampolas - de 1cc, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENHA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A - VI - PEL
D - VI - PEL
A - D - VI - PEL
POLI - VI - PEL
VITSALMIN

Emulsões

A - D - BOM
EMULVIT



PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra
Ascaris e Oxyurus

No tratamento das verminoses causadas por
Ascaris lumbricoides, *Oxyurus vermicularis*
e outras espécies da família dos *oxiurideos*.



APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm³ para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm³ para pacientes de peso
superior a 30 quilos.



As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal
conforme tabela mencionada na bula.



LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.
Rua São Luiz, 161 — São Paulo, Brasil

produz diurese diurna — permite o repouso noturno



Diamox*



Acetazolamida Lederle

Para diurese eficaz e adequada, prescreva DIAMOX! Esse inibidor da anidrase carbônica é facilmente administrado por via oral, todas as manhãs ou em manhãs alternadas. Provoca diurese abundante e imediata e seu efeito se prolonga durante seis a doze horas. É virtualmente atóxico, não acumula nos tecidos orgânicos e se presta particularmente para tratamentos longos. Não é um mercurial ou derivado da xantina. DIAMOX é, em sua classe, a droga mais amplamente prescrita nos receituários médicos e seu emprego se vem estendendo, com magníficos resultados, a outros estados em que se faz indicada a terapêutica diurética.

Literatura e amostras à disposição da classe médica

Comprimidos de 250 mg. ranhurados, para administração oral

Fabricado e distribuído por

Laboratórios LEDERLE do Brasil S. A.

Rua 1.º de Março, 9-Rio de Janeiro-Rua Lavapés, 326-São Paulo

LEDERLE LABORATORIES DIVISION Cyanimid Inter-American Corporation
49 West 49th Street, New York 20, N. Y.

* Marca Registrada

A ciência a serviço do
médico em benefício
da saúde e do bem-
estar da humanidade.

40000-A



LABOR TERAPICA S. A.

(Uma garantia apoiada a confiança do médico)
SANTO ANDRÉ (SP) SAO PAULO

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

VOL. LXXII

AGOSTO DE 1956

N.º 2

Leriche, pioneiro da cirurgia moderna

Prof. PAULO MANGUAIBEIRA ALBERNAZ

(Catedrático da Escola Paulista de Medicina)

Uma associação internacional de cirurgia não pode deixar de, coerente com suas próprias finalidades, de contribuir para o estudo, o aprimoramento, o progresso da divina arte, prestar suas mais entusiásticas homenagens aos seus grandes vultos, particularmente àqueles que, não contentes com terem sido técnicos da mais elevada proficiência, ainda vieram formar nesta restrita falange da primeira linha: os vanguardeiros ou pioneiros.

O Colégio Internacional de Cirurgiões, Secção de Campinas, resolveu, por isso, em reunião solene, dedicar os seus trabalhos à figura incomparável de René Leriche, cuja vida prodigiosa e fecunda acaba, faz pouco, de extinguir-se. E' que Leriche não foi apenas o grande técnico, o inovador, o "cirurgião da dor" — como foi cognominado, mas, com toda justiça, talvez o maior vulto da cirurgia de nossa era.

A vida do grande mestre é difícil de ser apreciada em seu conjunto, ainda mais no limitado âmbito de uma palestra. De outra parte, numa homenagem dêste tipo, não é apropriado entrar em minúcias da parte puramente científica de seus originalíssimos estudos.

O que dá, a meu ver, a maior originalidade a Leriche, o que lhe confere o título de revolucionário da cirurgia, é sem dúvida o seu pendor pela fisiologia. Sem possibilidade de discussão — e aí reside o seu maior mérito — Leriche é o criador da *cirurgia fisiológica*. Em verdade, todos nós cirurgiões sabemos que, de modo esquemático, a base da cirurgia é a anatomia. Se é verdade que, o estudo da anatomia no currículo das faculdades de medicina é encarado sob ponto de vista que sempre leva a exagero, de outra parte, na prática cirúrgica, a anatomia ganha dia a dia maior impor-

tância. Quando Lempert pôs em dia idéias e trabalhos de Sourdille e de Holmgren, vindo a criar a chamada "fenestração do labirinto" ou melhor, "do vestibulo", esta foi uma cirurgia de anatomista puro, e esta cirurgia passou a ser a mais difícil, a mais técnica, a mais anatômica de toda a arte cirúrgica. Poucos anos depois, no entanto, dava Wullstein, à cirurgia do aparelho aural, maior impulso com as técnicas das timpanoplastias. Estas intervenções exageraram de tal sorte a necessidade do conhecimento superformenrizado da anatomia do aparelho ótico, que a fenestração passou a ser intervenção relativamente simples. Vem isto claramente demonstrar que aumenta dia a dia a importância do estudo anatômico em cirurgia.

Tal, porém, não impediu que Leriche, cirurgião geral e neurocirurgião, surpreendesse os cirurgiões com a sua "cirurgia fisiológica". Em um de seus estudos básicos — e são muitos — Leriche diz textualmente:

"Poder-se-á talvez objetar-me que outros não viram o que eu tinha observado. Mas, teriam eles procurado ver? Há, em medicina, diferentes maneiras de ver, mas uma só que me permite ver. Se olharmos com idéia preconcebida, persuadidos de que já sabemos tudo ou quase tudo, nada veremos. O dogmatismo e o conformismo são poderes terríveis de imobilidade. Certos espíritos estáticos sentem-se bem com isso. Esquecem-se de que, voltando as costas a estas posições de parada, é que tornamos a achar o caminho da tradição". E lembra o famoso mestre da Idade Média, Guy de Chauliac, quando ponderava no francês da época: "Je m'embahys qu'ils se suivent comme de grées, car l'un ne dit que ce que l'autre a dit". E pontifica: "Em toda disciplina de pesquisa não há outro meio de descobrir o que os outros não viram, a não ser a contemplação".

Em 1915, o grande cirurgião vinha a descobrir a existência de três fenômenos, cujo conhecimento viria a iluminar, com luz essencial, a velha patologia das artérias: 1.^º) as excitações da adventícia possuem efeitos de vasoconstrição que vão além do segmento interessado, chegando até a extremidade, e repercutindo até sobre o lado oposto; 2.^º) a supressão desta adventícia portavenosa produz vasodilatação ativa regional algo prolongada; 3.^º) a ressecção de uma artéria obliterada faz aparecer vaso dilatação ativa na periferia, como se esta artéria não fosse mais artéria, mas sim um nervo pléxico vaso constritor, em estado patológico".

Dêstes dados, uma conclusão se impunha: nas afecções das artérias, o funcionamento perturbado dos nervos da parede tem tanta importância, quanto as alterações de calibre da luz.

Sabeis, entretanto, quantos anos levou Leriche para chegar a tal conclusão? Apenas doze! E quantos cirurgiões não lhe contestaram as idéias!! Ele mesmo diz, com sua linguagem incisiva: "Este é o mal do trabalho médico. Diante de toda idéia nova, não temos um reflexo de curiosidade atenta, e sim um reflexo de defesa".



Leriche foi um cirurgião que, por força das circunstâncias não sendo o que se chama "cirurgião geral", pontificou em cirurgia abdominal, em cirurgia óssea, em cirurgia vascular, em cirurgia do simpático, em cirurgia nervosa. E por onde passou, deixou um rastro de luz. Seus trabalhos, em todos esses setores são clássicos.

Quem ler um só dos estudos do grande cirurgião, perceberá logo qual a chama que o iluminou, qual o mentor, o guia de toda sua carreira científica. Leriche é em verdade discípulo da maior figura da fisiologia: Claude Bernard. Daí se origina, é evidente, a sua genial concepção da cirurgia fisiológica. Ainda assim, ele mesmo confessa que, em verdade, em geral, temos lido mal Claude Bernard.

Diz Leriche, com toda razão, que "na patologia cirúrgica, nesta ciência da história natural das doenças, temos, até agora, trabalhado de modo muito exclusivo por dedução, procurando verdades parciais e pragmáticas, apenas através dos dados simplesmente fornecidos pela observação, fazendo com os fatos bolas de neve, quer à custa de raciocínio por analogia, quer, na mór parte das vêzes, à procura de perfeita concordância anátomoclínica. Mais deduzimos do que pesquisamos, indo de um fato a outro por uma estrada traçada, em muitos pontos, por dogmatismo tradicional que nos engana". E diz adiante: "Sei que em matéria de biologia, e mais particularmente nesta parte da biologia humana que constitui o domínio cirúrgico, a razão deve desconfiar de si mesmo e de suas engenhosas combinações. Conheço a lei baconiana e a primazia da experiência sobre a razão. Mas, desde este outro discurso sobre o método que foi a mensagem de Claude Bernard, sabemos que nossas cogitações mais sedutoras não passam de hipóteses, e que, ainda quando nos deêm a intuição do verdadeiro, continuam a ser hipóteses durante tanto tempo, quanto o necessário para que sofram, vitoriosamente, a verificação experimental".

Todos os que, como eu, têm se absorvido na leitura do livro, que todo médico devia usar como guia, a "Introdução do Estudo da Fisiologia Experimental" — vêem nitidamente a filosofia luminosa, incomparável, de Claude Bernard, cintilando nas palavras e trabalhos de Leriche. É o discípulo, na medicina francesa, que mais se aprimou do pai da fisiologia moderna. E este é, sem dúvida, um dos seus maiores títulos de glória.

* * *

Leriche nasceu em Roanne, às margens do Loire, e, ao chegar à idade de escolher a carreira, inclinou-se para as armas. Saint-Cyr seria a sua meta. Mas a negação para as matemáticas desviou o rumo destas idéias, e, graças às matemáticas, ganhou a civilização um grande benfeitor da humanidade.

De uma família em que havia, nos antepassados, meia dúzia de médicos, recebeu de um dos tios, discípulo de Louis e de Dupuytren, o vaticínio de que seria cirurgião. Foi este tio quem lhe descreveu

a figura do grande Gensoul, blaternando diante do doente sob contenção total de ataduras e correias de couro, e animando-o com palavras para operá-lo, quando ainda nada se sabia de anestesia.

E pouco depois, quando esta ensaiava os primeiros passos, sua grande desilusão: "A anestesia matará a cirurgia; é o fim do temperamento cirúrgico". Isto, temperamento cirúrgico, era a dureza de coração, o ânimo inquebrantável para reduzir uma fratura, fazer uma amputação, cauterizar a ferro em brasa uma úlcera, sem nada que ao menos, atenuasse um pouco a atrocidade da dor. Se, pois, a dor desaparecia, perdia o cirurgião aquèle entusiasmo, aquela serenidade quase desumana, aquèle autodomínio, ou talvez, insensibilidade, que devia ser, acima de tudo, a principal característica do verdadeiro técnico. Daí Gensoul supor que, com o advento da anestesia, a nobre arte viesse a perder tôda a sedução.

Em tempos bem mais modernos, seria outro o entusiasmo do cirurgião: era a perícia técnica, a rapidez de ação, a segurança do corte, a prontidão, a elasticidade, a elegância dos movimentos. O cirurgião passou a ser um prestidigitador que trabalha em grupo: um tomava do instrumento, passava ao segundo, e este, em gesto duro, seco, automatizado, como um soldado alemão em desfile de parada, batia-o — sim batia, não entregava! — na mão do novo Gensoul. A operação era uma espécie de trabalho de máquina: harmônico, automático, sincronizado. O que valia era a segurança e sequência dos gestos, a infalibilidade dos golpes, a mecanicidade dos movimentos.

Numa laparotomia, a incisão, de cima abaixo, era feita de um golpe, firme, decidida, segura, abrangendo tôdas as camadas, e, de vez em quando, por mero acaso, atingindo uma das alças intestinais. O essencial era que golpe fosse de mestre, espetacular. O doente, isso era coisa secundária.

E uma gastrectomia, D. Ximenez de las Pandorgas executava em 35 minutos, 7 segundos e 2 quintos, mas o Prof. Tôrres Quadrado chegou a reduzir o prazo a 33 minutos 6 segundos e um décimo, o que levou outro mestre insigne — já se vê que todos são imaginários! — Prof. Anastácio Pedante a realizá-la, após algumas mortes inconvenientes e sem maior importância, em 29 minutos, 4 segundos e 6 décimos. Este ganhou a taça.

Voltemos à realidade. Também me penitencio das adenoamigdalectomias feitas pelo método mecânico — Sluder brasileiro — em quinze segundos, e das sinusesectomias etmoidomálares terminadas em 15 e até em 10 minutos.

Era a moda. Era o que se tinha em mente em cirurgia, em parte por exibicionismo — afinal o cirurgião é um homem como outro qualquer —, em parte para reduzir a duração da anestesia, num tempo em que ela não passava, mormente a geral, de uma aventura, aventura, aliás, a que muitos cirúrgios, em particular em minha especialidade, continuam leviana e inconsciente a submeter os seus pacientes.

Muitos dos que me ouvem talvez não saibam que a cirurgia humana, trabalho pertinaz, paciente, obra de ourives, a cirurgia de hoje — vagarosa, irritantemente, vagarosa, mas que se pode caracterizar apenas por uma palavra — *humana* é devida, em grande parte, a Leriche. É o grande cirurgião quem difunde a cirurgia da dissecção, lenta, prolongada, segura, em que os tecidos, os vasos, os nervos são tratados com a maior delicadeza. Verdade é que os aperfeiçoamentos da anestesia e da transfusão muito contribuiram para tal, mas ninguém contestará que o homem que percebeu a necessidade de não traumatizar ou traumatizar o menos possível, os tecidos, foi Leriche. Como que ele adaptou, a tôda a cirurgia, a suavidade, a delicadeza, a brandura, que são apanágio da cirurgia nervosa. E as gastrectomias, as colecistectomias, etc. de 40 minutos, duram hoje 3 e 4 horas. Digamos a verdade crua, sem receio de ferir susceptibilidades: é a cirurgia científica, embora não tenha perdido seu coeficiente artístico. E nós a devemos principalmente a Leriche.

Verdade é que ele próprio confessa tê-la apreendido com Halsted. Amigo de Carrel, que era de sua cidade e de seu serviço, a admiração que este demonstrava pelo grande Halsted, preparou o espírito de Leriche. Em 1913, o cirurgião francês vem a conhecer o grande técnico americano, cuja personalidade lhe causa profunda impressão. Em suas memórias, para resumir, o que devia dizer dos três dias que passou no seu serviço, declara: "Halsted, este fidalgo foi a maior cabeça cirúrgica que vim conhecer em tôda minha vida". Leriche diz que o gênio cirúrgico de Halsted se revelara na criação de um método operatório, que permanece o mais perfeito existente. "Comportava, após estudo exaustivo do doente em sua realidade clínica e não sólamente em palavras, rigorosa assepsia, reforçada pelo uso sistemático de luvas de borracha (foi aí que ele teve origem), e por diversas minúcias muito sagazes, por delicadeza de mão extraordinária, hemostase rigorosa, quase sempre preventiva, perfeita reconstituição dos diversos planos anatômicos, um a um, e, durante todo o ato cirúrgico, técnica tão atraumática quanto possível".

Mas a técnica do grande mestre era lenta em demasia. Leriche adotou-lhe as linhas gerais, tornando-a, porém, menos vagarosa. "Julgo ter sido" — diz ele — "um honesto operador e um operador honesto". "Há operadores como motoristas de taxi: os melhores não são os que correm mais, mas os que procuram as ruas de trânsito mais livre, que evitam os obstáculos, e vos levam seguramente ao destino".

É o próprio Leriche ainda quem assinala esta reviravolta da técnica cirúrgica. "O hábito era a operação brilhante, a do esgrimista de jôgo desenvolto. Eu, porém, queria uma técnica de docura, atraumática, tal como vira em Halsted, tal como eu a praticava desde minha viagem a Baltimore, mas à francesa, isto é pouco mais rápida do que a de Halsted. Para mudar tudo isso, preconisei como exemplo, sem fazer a menor observação: operação lenta, minuciosa, atenta, evitando tôda perda de sangue, substituindo imediatamente tôda

pinça por uma ligadura; campo operatório sempre nítido e limpo, sempre seco, campos laterais jamais manchados; cada tempo operatório bem marcado, só sucedendo um ao outro quando terminado o precedente, de modo que sempre se soubesse onde se estava; operação feita com bisturi pontudo, trabalhando com a ponta, sem rebarbas, e não com os dedos".

"O efeito do contraste foi rápido: logo todo mundo operou como eu queria, cada um com seu próprio temperamento".

Ainda é Leriche o primeiro a notar a dureza, a fatigabilidade da côr branca, no meio cirúrgico: brancas, brilhantes, as paredes das salas de operação; brancas, as mesas cirúrgicas; brancos os campos operatórios; brancas, as vestes dos cirurgiões, ou do cirurgião e dos ajudantes. Tornava-se precisa uma côr menos cansativa, mais neutra, de contraste menos pronunciado. E é Leriche quem institui o azul como côr, digamo-lo assim, *cirúrgica*. E campos e vestes e paredes, tudo passa ao azul, a côr repousante.

O cirurgião não é mais o magarefe sem entranhas do tempo de Larrey ou de Gensoul, nem mais o artífice ou prestidigitador do tempo de Jean Louis-Faure ou de Gosset ou dos irmãos Mayo. E' apenas um coração, um homem que procura dar a saúde, corrigir um vício, eliminar um mal, não a um doente, não a um cliente — mas a outro *homem*. É a *humanização* da arte cirúrgica. E o pioneiro, este revolucionário, este inovador, este homem da cirurgia ou este cirurgião humano, o primeiro de todos, foi Leriche.

Em 1920 — há pois 36 anos — a maior figura da cirurgia americana, o criador da verdadeira neurocirurgia, Harvey Cushing dizia de Leriche: "Suas pesquisas são como uma palha que indica de que lado sopra o vento".

* * *

29 de Janeiro de 1938. O "Colégio de França", organização que se ocupa de tudo que diz respeito aos conhecimentos humanos e que conta apenas com 42 mestres, dos maiores que o mundo conhece, abre-se para a aula inaugural de René Leriche.

O grande anfiteatro não tem um lugar vago. Naquele cenário, em que Pasteur recebera verdadeira consagração, vai él dar início a seu curso.

Aguarda a grande assistência a chegada do mestre. Por fim, por aquela porta de carvalho que vira passar Claude Bernard e que deixara sair, fazia pouco, Charles Nicolle, entra um vulto de altura regular, calvo, fisionomia quadrada de tipo beethoveniano, pele sardenta, gestos vivos. Sobe à catedra, e diante dos mestres da medicina, da cirurgia, da fisiologia, dá início a seu famoso curso sobre a cirurgia da dor. Ante os olhares ávidos, o primeiro cirurgião a que se confere a honra de assumir uma cátedra na famosa instituição, exclama, incisivo: "Et tout d'abord, qu'est-ce que la douleur?"

Desde 1910, Leriche estuda, nos tábidos, não a dor sintoma, mas a dor doença. É a sua idéia fixa, a dor. Estuda-a como fisiologista, como bioquímico, como neurólogo. E o cabedal de ensinamentos, de idéias novas, que traz ao estudo da dor, da cirurgia da dor, da patologia da dor, levam-no a um pedestal de que jamais ninguém o poderá apagar.

É do conhecimento da dor, é da terapêutica da dor, que se origina grande parte das idéias originais de Leriche. O seu humanismo, a sua técnica operatória em câmara lenta, esta cirurgia de ourives, tudo que lhe deu nome e glória, e deu nome e glória à cirurgia francesa, e deu nome e glória universal à cirurgia, tudo isso partiu de seus estudos sobre a dor. Em verdade, ele conseguiu na dor o que jamais outro cirurgião — e mesmo outro médico — conseguira até então perceber.

* * *

Em cada cirurgião há dois espíritos, duas almas, mesmo duas pessoas: uma é a que executa o trabalho manual, digamos o técnico; a outra é o cientista, é o homem que raciocina, que observa, que estuda, naquilo que as mãos estão fazendo. Infelizmente maior é o número dos operadores em que o técnico é quase tudo, do que os em que há o sábio equilíbrio entre as duas pessoas. Leriche, em sua linguagem castiça, descreve muito bem esta concepção do cirurgião: "Quanto a mim, confesso que não suporto de nenhum modo obstinar-me diante de explicações que me parecem insuficientes. Durante toda minha vida cirúrgica, procurei compreender. Desde cedo dividi minha atividade em duas partes: uma reservada ao trabalho manual da cirurgia, que alivia as misérias dos homens; e outra consagrada ao trabalho da inteligência, que se ativa durante as incógnitas da patologia, com obediência total aos fatos".

É este "espírito cirúrgico" de que falam os clássicos, que anima o operador, e o envolve nesta aura de auto-suficiência. Porque, ou o cirurgião é um tímido, que se alarmá diante de qualquer imprevisto, e perde naturalmente o fio condutor de seu trabalho, apelando não raro, para os auxiliares, os quais via de regra, não estão em condições de levá-lo ao bom caminho; ou o cirurgião não trepida em deixar-se levar pela sua afoteza, não raro inconsciente, e o doente fica entregue exclusivamente à divina providência.

Leriche descreve, com palavras candentes, o espírito cirúrgico. Diz ele que "não é qualquer virtude que se possa definir com uma palavra". "E' antes de tudo, um estado de alma em que certa intrepidez, a confiança em si, a aptidão de tomar decisões imediatas, o otimismo se equilibram na medida e no senso agudo das realidades do momento. E' um estado de alma, que confere tendência constante à ação, que impele a querer solucionar sempre por instinto, só pela indústria das mãos, situações perdidas ou ameaçadas, e isto, não por fatuidade, mas porque se perceberam,

com simples golpe de vista, as possibilidades da técnica com a qual se adivinha o estado real da doença. Um estado de alma que tem o excitante como risco. Porque entra no espírito cirúrgico algo da paixão do jogador. A cirurgia não poderia ser profissão de almas indiferentes e preocupadas com seu repouso. Não se pode ser cirurgião se não se traz no sangue o amor do trabalho arriscado, em que a autoridade do caráter deve incessantemente dominar o acaso hostil, em que, para se ter êxito, é preciso entregar-se de corpo e alma".

Mas tudo isso exige, embora Leriche não o diga, uma consciência nítida, segura, infalível, de seu valor técnico. Não basta o auto-domínio, não basta a elegância ou destreza manual. *Cirurgia* vem de vocabulário grego *cheirourgia* (*cheir*, mão, e *érgo*, trabalho). E' pois, o *trabalho manual*. Mas o cérebro que guia esta mão, tem de ser o cérebro equilibrado e perfeito de um homem nobre, reto, consciente do que deve, do que pode, do que sabe fazer. Como o próprio Leriche o confessa", o verdadeiro cirurgião, sabe, de modo nítido, que o revez de suas operações é pago com a vida de um homem e a angústias de uma família. Ele traz em um canto de sua alma, um cemitério humilde, freqüentemente visitado, onde vai procurar a lição de seus êrros, onde aprende a não expôr a vida dos outros por excessivo profissionalismo. Com os anos, mais se torna pesado para ele o cuidado do risco humano, mais desconfia da traição das reações pessoais do doente. Mas, ele jamais renuncia, se ainda há qualquer possibilidade de salvação — mesmo se o empreendimento fôr árduo. Até o fim da vida, o cirurgião sente prazer em estar em atividade. O espírito cirúrgico só morre com ele".

E' que a profissão não só é nobre, como sedutora. Os que a deixam ainda perfeitamente capazes de executá-la, não são, no fundo, verdadeiros cirurgiões, mas técnicos até certo ponto hábeis, adaptados, por contingências fortuitas da vida, à profissão. Faltou-lhes a centelha divina, a chama que só morre com o último lampejo de vida, daqueles que nasceram, de fato, com o espírito cirúrgico, como parte integrante do seu eu.

* * *

Como assinalei, o cirurgião de hoje é acima de tudo humano. O anatomista e o fisiologista, que vivem no cirurgião da atualidade, desaparecem diante do homem. E' o próprio Leriche quem o diz: "O físico André George, discípulo brilhante de Louis de Broblie, assinalava, como desiderato final de toda cultura, o humanismo, amor infinito do homem, e o reitor Roussy, em sua língua admirável, dizia-nos que era chegada a hora de um humanismo novo — "ciência e arte do homem, em que tudo se dispõe em função do homem, em redor do homem e para o próprio homem, o homem medida do mundo".

Ao doente que nos procura não deve jamais ser negada a caridade da paciência. Há doentes importunos, que narram de seus males as maiores minúcias, egocêntricas que só pensam na sua pessoa, e exigem de todos e de tudo uma atenção ilimitada para seja o que fôr que lhes diz respeito. Mas todos nós somos mais ou menos egocentristas. Disse Pascal que "le moi est haïssable" — o *eu* é odioso. Quem porém, jamais deixou de falar de si, de pensar em si, e de cuidar de si, acima de tudo? Creio mesmo que educação, no sentido rigoroso do termo é, em primeiro lugar, aquilo que consiste em procurar ocultar, em público, o seu próprio *eu*, disfarçar o egocentrismo do gênero humano.

Deixai falar ao doente. O cirurgião, de todos os profissionais médicos, é o que se considera como tendo menos tempo a perder. Não deve, porém, ser assim. Ao doente, ouví-lo com toda paciência em sua narrativa fastidiosa e interminável, dar-lhe a atenção cuidadosa a que ele, como paciente, tem todo direito, já é uma espécie de cura.

Para Leriche, "a psicologia do homem atormentado cultiva-se na solidão do seu *eu*. Sua história nunca é um antepasto inútil, mesmo quando se tratar de uma história longa, dita com prolixidade. Aquele que descarregou sobre o médico uma parte de suas preocupações já está confortado. Ele se abandona. Está moralmente pronto para toda decisão. Os cirurgiões, gente habitualmente apressada, julgam facilmente perder tempo em ouvi-los. Não têm razão. Todo doente é um obsecado. Psicológicamente, humanamente, nós lhe devemos a esmola de nosso tempo".

• • •

A originalidade de Leriche surge em inúmeros setores da arte operatória.

A cirurgia do simpático era assunto quase desconhecido nos Estados Unidos, quando, em 1921, no Congresso de Toronto, Leriche apresentou o seu trabalho sobre o problema. E' o ponto de partida, como o disse James White, de um movimento ativo, em que, entre outros, surge Smithwick com a cirurgia da hipertensão.

A Leriche cabe ainda o conhecimento desse estranho mal que é a doença pós-operatória. Não se trata de distúrbios dependentes de questões de assepsia, de anestesia, etc., e muito menos de complicações pós-operatórias, já clássicamente conhecidas.

A doença pós-operatória caracteriza-se por três síndromes: 1.º) A síndrome humoral — hiperezotemia, hipocloremia, queda da reserva alcalina, alcalose gasosa; 2.º) a síndrome vascular — queda da pressão, taquicardia, extrassístoles, cianose, etc.; 3.º) a síndrome hemática — grandes alterações nos trombócitos, trombose, flebite, embolia, etc.

"Tudo tem sua origem" — é o que diz Leriche — "na própria lesão operatória. Se o operador é delicado, cuidadoso em nada traumatizar, a doença é benigna, porque as síndromes humorais e hemáticas reduzem a nada".

* * *

A vida de Leriche é um monumento ao trabalho, à pesquisa, à ciência, e seus livros são obras dignas de estudo e meditação.

Todo cirurgião deve ler, entretanto, dentre elas, uma que deve ser na realidade, verdadeiro *vademecum*. Tem por título "La Chirurgie, Discipline de la Connaissance". Reconforta o espírito, alerta-nos a atividades, reviver em nós os sentimentos mais nobres e elevados, a leitura dessa obra do grande mestre. Seus conselhos e críticas, a orientação segura de seu longo tirocínio tornam esta obra companheiro ideal e constante para o cirurgião que se dedica à sua arte, para aquele que continua, dia a dia, hora a hora, insatisfeito eternamente consigo mesmo, a batalhar por sentir-se cada vez mais seguro de sua técnica, porque — é o próprio mestre que o diz: — "todo cirurgião habitualmente satisfeito consigo mesmo, está no caminho da decadência".

* * *

Leriche revia as provas de suas memórias — "Souvenirs de Ma Vie Morte" — quando, súbita e inesperadamente, a morte o colheu. Felizes os que, como ele, trabalhando a vida toda nos hospitais civis ou nos de sangue, puderam deixar à humanidade benefícios tão valiosos, quanto ele deixou. Na primeira grande guerra, em 1915, em seu pequeno hospital de Bouleuse, perto de Reims, 34 trepanados do crânio, cuja vida, em 5 dias, ele salvava, reuniram-se no pátio, para homenagear o Capitão Leriche.

Hoje, o mundo inteiro curva-se diante de seu túmulo, e os cirurgiões de todo o planeta trazem nas mãos, para usar em benefício da humanidade, este tesouro inestimável que ele legou à cirurgia. Seu nome é um padrão de glória para todos nós, que dedicamos a vida à divina arte.

Procuremos honrá-lo, honrando-a, engrandecendo-a, e guardando como um tesouro seus preciosos ensinamentos.

Que nos sirvam de guia, na vida dos cirurgiões, estas palavras que deviam estar esculpidas, em letras de bronze, na ante-sala ou no pórtico de todos os centros operatórios do mundo inteiro:

"Penso que o respeito que devemos ao corpo do homem nos convida a que não fiquemos muito facilmente satisfeitos do que consideramos como sendo obra nossa. Eternos Moisés, entrevemos a terra prometida; jamais, porém, nela penetramos".



AJUDA
EFETIVAMENTE
OS OBESOS
A OBSERVAR
AS DIETAS
DE
EMAGRECIMENTO

(Fornecemos blocos de dietas de emagrecimento mediante solicitação)

• BALAS DE DEXTRO-ANFETAMINA E POLIVITAMINAS

- ★ DIMINUEM O APETITE
- ★ COMBATEM A DEPRESSÃO
- ★ MELHORAM O PSIQUISMO



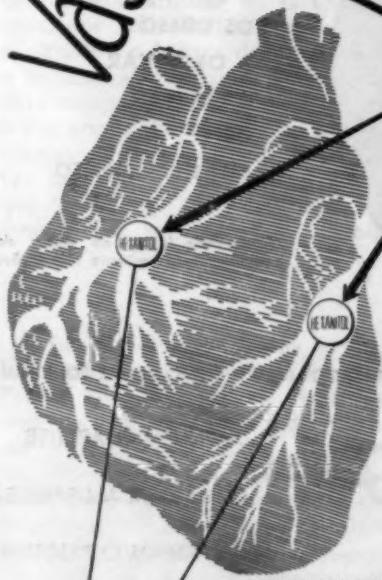
INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS

Fontoura-Wyeth S.A.

Tradição e qualidade a serviço da prática médica

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. - Philadelphia 2, Pa.
No Brasil: Indústrias Farmacêuticas Fontoura-Wyeth S.A. - São Paulo

Vasodilatadores
Hipotensores



HEXANITOL
*baixa a pressão
arterial*

HEXANITOL com RUTINA
*baixa a pressão arterial
e evita as hemorragias
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda
Rua Tamandaré 777 Tel-364572
São Paulo

A pedra bezoar

(Pequena nota histórica)

ARNALDO AMADO FERREIRA

(da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

1 — Há pouco mais de seis anos, recebi de presente dos freires terciários de São Francisco do Santuário de N. S. de Fátima do Sumaré, nesta Capital, missionários em Mato Grosso, uma pedra bezoar que fôra encontrada no intestino de um boi.

Embora já soubesse de sua existência, por leitura de antigos livros de medicina, de suas afamadas virtudes terapêuticas, propagadas pelos médicos de outrora, nunca tinha visto um exemplar da mesma.

Mais de uma feita, tendo conversado com médicos e farmacêuticos sobre a pedra bezoar e como muitos a desconhecessem e ignorassem as suas apregoadas utilidades curativas, tão estimadas dos antigos médicos, resolvi, por isso, redigir esta pequena e despretenciosa nota a fim de rememorar um pouco de sua história, pois, como disse, do ponto de vista médico, tão afamada fôra na antigüidade.

A pedra bezoar, como se denomina em português, era e ainda é achada no intestino e no estômago de vários ruminantes e, também, com os seus detritos, de mistura com outras substâncias, fabricaram-se outrora bezoares medicamentosos artificiais, como aquêles tão afamados na cidade de Gôa, na Índia.

A pedra bezoar, como hoje melhor se conhece, nada mais é que uma formação calculosa encontrada no aparêlho digestivo dos ruminantes e de outros ungulados e sem nenhuma aplicação terapêutica, presentemente. Em livros de medicina medievais e até em compêndios do século XVIII, encontra-se menção da pedra bezoar e da sua prescrição como medicamento.

Em seus escritos a ela se referiram o médico português Garcia da Orta, contemporâneo e amigo de Camões, que viveu muitos anos na Índia, Guilherme Piso, médico e naturalista bártavo, que estivera no Brasil no tempo de Maurício de Nassau, na sua *História do Brasil*, magnificamente traduzida para o vernáculo pelo erudito e

sábio professor Alexandre Corrêa e o cirurgião Luiz Gomes Ferreira, que residiu muitos anos no Brasil, em Minas. No seu *Erário Mineral* editado em Lisboa em 1736, acentua o valor curativo da pedra bezoar, em determinadas moléstias. O grande Paracelso, também, em seus trabalhos, menciona-a, assim, como Bluteau, Conde de Ficalho e Guilbourt, na sua *Histoire Naturelle des Drogues Simples*, 4.^a edit., tomo 4.^o, 1951, Paris, págs. 94 a 101.

A pedra bezoar e as suas qualidades medicinais foram conhecidas dos ocidentais por intermédio dos médicos árabes, sendo, conforme ensinam os autores médicos que versaram o assunto, seu país de origem, a Pérsia. A princípio, na Idade Média, e, posteriormente, até o século XVII, o bezoar só vinha do oriente, mas, dessa época em diante, o novo mundo começou a fornecê-lo à Europa. É verdade que a pedra obtida no oriente era mais apreciada e gozava, na opinião de certos médicos, de melhores virtudes terapêuticas, que as da América, embora o cirurgião português, Luiz Gomes Ferreira, em 1735, opinasse que os bezoares encontrados no aparelho digestivo dos veados brasileiros fossem "o melhor bezoártilo do mundo".

2 — Vejamos o que nos dizem a respeito da pedra bezoar alguns dos escritores antigos e modernos que compusei:

a) Guilherme Piso em sua *História Natural do Brasil*, tradução portuguêsa do eminentíssimo prof. Alexandre Corrêa, edição de 1948, à pág. 113, escreve:

"Do glóbulo bovino e de seu uso".

Carniceiros costumam trazer-me uns frutos redondos de vários tamanhos, achados no estomágo dos bois.

Examinando-os detidamente, achei que constavam por dentro de meros pêlos bovinos mui apertadamente compactos, cobertos por fora de uma pele glabra, negra, dura.

Por isso acreditaria que os bois, excitados por prurido da pele, arranquem os pêlos com os dentes; e como êstes não podem ser digeridos pelas tripas, conglomeram-se numa massa redonda, que depois crescem até serem do tamanho de uma bola grande; o que faz andarem por muito tempo os bois ofegantes e como asmáticos, assim como as cabras, no estômago das quais nasce a pedra bezoar. E os campônios, percebendo-o para não perderem totalmente o animal, matam-no. De modo que a formação dessa fruta causa a morte do mesmo.

Externamente a aplicam como emplastro, como se costuma fazer com os pêlos das lebres, e com feliz sucesso contra as hemorragias. Eu preferi imitar antes êste remédio externo que interno".

b) A ela, também, do modo abaixo, se referiu o cirurgião Luiz Gomes Ferreira, já citado, natural de Rates, Comarca de Barcelos, Portugal, que viveu muitos anos no Brasil, em Minas Gerais, no seu *Erário Mineral*, pág. 460, editado em Lisboa, em 1735.

"Pedra muito cordeal que se acha no bucho de alguns veados".

"Também no dito sertão se acham alguns veados entre a multidão que há entre dêles, os quais criam no seu bucho (e tem certos sinais) umas pedras redondas, cada um a sua, que eu vi uma redonda do tamanho de uma laranja: cuja pedra é o melhor bezoártico do mundo, assim para venenos e mordeduras venenosas, como para febres malignas, roçado; limando dela meia oitava para cada bebida em licor conveniente, conforme a necessidade, da qual pedra vi efeitos prodigiosos".



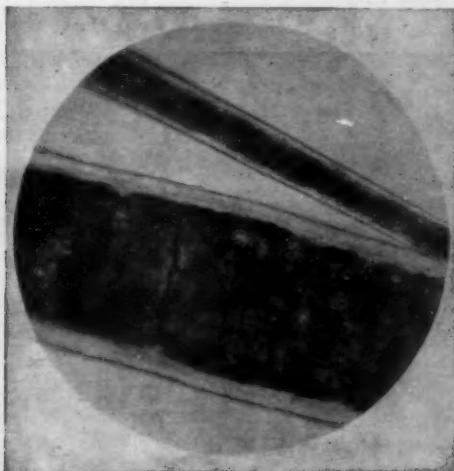
Dois bezoares retirados do intestino do boi — O menor, cortado, mostra a sua estrutura, contendo pêlos; o maior, contendo, também de pêlos deglutidos pelo animal.

O vocábulo "bezoar" vem do persa de *bad-aahr* ou *pad-zahr* e significa protetor, contraveneno. Em persa *pad* = protetor contra o *Zahr* = veneno; portanto, *badzahr* ou *padzahr*, contraveneno, antídoto.

Antenor Nascentes, em o seu *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*, afirma que foram os médicos árabes que introduziram a palavra *bazahr* ou *badizahr* (árabe) no latim medieval com a grafia *bezoar*.

Havia várias espécies ou qualidades de bezoar, segundo sua providência, conforme ensinam o *Webster's New Int. Dictionary*, ed. de 1940, pg. 261; Littré, *Dic. de la Médicine*, pg. 161, ed. de 1908; *The American Illustrated Medical Dictionary*, ed. de 1940, 20.^a ed. o *Stedeman's Dictionary*, 16.^a ed. de 1946 e Guilbourt na sua *Hist. Nat. des Drogues Simples*, ed. 1851, Tomo 4.^o, págs. 94 a 101.

- c) O *Webster's New Int. Dic.* diz que o bezoar é "quaisquer das variadas concreções encontradas principalmente nos órgãos digestivos de determinados ruminantes. Supunha-se que possuísse assinalada propriedade medicinal, sobretudo, como antídoto. A qualidade mais apreciada era o bezoar oriental, composto principalmente, de substâncias orgânicas resinosas, dispostas em camadas concêntricas, envolvidas por uma capa externa dura.



Pélos de boi doméstico (*Bos domesticus*) Retirado do interior do bezoar cortado.

Acharam-se bezoares no intestino da cabra e da gazela, etc. O bezoar ocidental encontrado na lhama peruviana, etc., é composto de fosfato de cálcio. Os encontrados na Alemanha, na camurça macho, constituem-se de pêlos com uma substância orgânica que os une.

Os bezoares são empregados no oriente como medicamento.

- d) Littré ensina que o "bezoar é concreção calculosa que se forma no estômago, nos intestinos e nas vias biliares dos quadrúpedes. Distinguem-se duas espécies: o bezoar oriental, que se encontra no quarto estômago da gazela das Índias (*Antilope cervicapra*) e na cabra montês; o bezoar ocidental, que se acha no quarto estômago da cabra selvagem do Perú, da camurça ou do cabrito montês. Esses bezoares, sobretudo, o primeiro eram havidos como contravenenos. Preparavam-se bezoares artificiais com olhos de lagostas, pinças de caranguejos triturados e misturados com almíscar, com o âmbar cinzento, etc.

De modo geral, denomina-se bezoar a toda substância que se acredita possuidora das virtudes que se atribuem aos bezoares.

Hoje, quer uns, quer outros, foram abandonados. Bezoar artifício ou pedra de Gôa, é corpo fabricado em Gôa, com argila plástica misturada a espécies cordiais e mesmo ao pó dos verdadeiros bezoares.

Esses corpos são ovais ou redondos, cízentos, negros por fora e luzidios ou recobertos por uma fôlha de ouro. "Littré fala também de um bezoar elárgico negro e radiado, chamado pedra de Malaca, encontrado no porco e no porco-espínho. Afirma que o bezoar que vinha da Pérsia, compunha-se de "ácido elárgico e de uma substância amarela denominada — ácido lúteo-gálico por Guibourt e de matéria resinosa parda, que se separa completamente com o álcool".

2 — O exemplar da pedra bezoar que possue é ovóide, com 8 centímetros de maior diâmetro e 6 cents. de menor diâmetro, contendo na parte central pêlos de colorido marrom, bem conglomerados, contidos num receptáculo duro, que forma uma casca de 2,5 milímetros de espessura, de colorido cízento-marron. Os pêlos examinados ao microscópio se apresentaram com os característicos de pêlos animais, isto é, de boi (V. fotografias enexas).

E' bem possível que alguns desses bezoares, sobretudo, os artificiais possuissem verdadeiras propriedades terapêuticas, pois, várias substâncias medicamentosas eram misturadas à rasura dos verdadeiros bezoares. Os efeitos terapêuticos, nesses casos, correriam mais por conta de tais substâncias ativas que por obra daquelas constitutivas desses bezoares.

Todavia, nos genuínos bezoares, sobretudo aquêles que eram compostos de fosfato de cálcio, como assinalaram os autores que os analisaram, gozassem de verdadeira ação curativa e utilizados, como bem assinala Piso, nos fluxos sanguíneos (diarréia de sangue), com resultado, pois, como se sabe, o fosfato de cálcio tem ação antidiarréica.

O cirurgião Luiz Gomes Ferreira como se viu, achava que o bezoar encontrado no intestino dos veados brasileiros era "o melhor do mundo" para cura de várias moléstias que menciona no seu *Erário Mineral*.

Naqueles afastados tempos, quando a Medicina se encontrava na sua infância e que muitas das disciplinas ou ciências que a compõem não eram bem conhecidas como a química mineral, a orgância, a biológica, a farmacologia, a terapêutica, etc., comprehende-se que os médicos de antanho, na ânsia de aliviar os pacientes, levados pelo mistério, pelo sobrenatural que tais substâncias lhes pareciam possuir, utilizassem-nas, empiricamente, para fins medicinais. E' bem possível que entre os povos de civilização primitiva, o bezoar, ainda, em nossos dias, seja utilizado como medicamento. No oriente, pelo menos, há povos que acreditam em suas virtudes ou eficiência terapêutica atualmente.

TRATAMENTO DAS DERMATOSES
ALÉRGICAS, PRURIGINOSAS OU
EXSUDATIVAS.

Pomada de Hidrocortisona Roussel

(Acetato de hidrocortisona)

ECZEMAS EM TÓDAS AS SUAS FORMAS,
ECZEMÁTIDES,
PRURIDOS (localizado, anal e vulvar).
LUPUS ERITEMATOSO,
PICADAS DE INSETOS.

Pomada de
Hidrocortisona Roussel a 2,5%.

Pomada de
Hidrocortisona Roussel a 1%.

BISNAGAS DE 5 g

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.
RIO DE JANEIRO



HID P P-2

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA

Sessão em 5 de dezembro de 1955

Presidente: *Walter Edgard Maffei.*

Bases anatômicas da constituição psicótica do cérebro. Walter E. Maffei. — O autor, tendo já observado numerosos cérebros de indivíduos portadores ou não de psicoses, teve ocasião de verificar, nos primeiros, diversos desvios da morfologia anatômica, que passou a demonstrar em diapositivos. Limitou-se a mostrar os mais evidentes, como: alteração da forma do cérebro ou dos lobos, persistência da fossa sylviana, presença de sulcos comumente inexistentes, cisura de Sylvius fechada na parte anterior, etc. Salientou que essas alterações da embriogênese não representam o substrato anátomo-patológico da psicose, nem tampouco são específicas desta ou daquela psicose, mas constituem apenas os elementos morfológicos da constituição psicótica do cérebro. Só na epilepsia as alterações são específicas, constituídas pela hipoplasia de um dos hemisférios, mais evidente nos cornos de Amon,acom-

panhada de idêntica alteração em outras formações, como o trigono, os tálamos, os nervos olfativos e os lobos temporais, de tal modo que o simples exame do cérebro permite diagnosticar a epilepsia, mesmo na ausência de história de convulsões. Essas disgenésias constituem o substrato morfológico da meioprágia cerebral, permitindo uma vida psíquica aparentemente normal, pelo menos do ponto de vista social, enquanto for possível a adaptação e a compensação; mas os constantes choques psíquicos da vida cotidiana, aliados às infecções e intoxicações, vão abalando esse edifício meioprágico, chegando determinado momento em que, já não sendo possível a manutenção dos mecanismos de adaptação, rompe-se o instável equilíbrio, sobrevindo então a psicose. Em outras palavras, essas disgenésias constituem o atestado do locus minoris resistentiae dos antigos patologistas, que é o cérebro nesses casos.

METROLINA

Antisséptico Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Sessão em 29 de agosto de 1955

Presidente: *Paulo Canton.*

Desarranjos internos do joelho.
Marino Lazzareschi. — O autor descreveu a anatomia e a mecânica articular, considerando o joelho como uma unidade funcional, mostrando a conexão entre as estruturas, seja dos elementos ativos (músculos), seja dos passivos (ligamentos), que garantem a estabilidade. Observa-se a estabilidade mesmo na patologia. O autor descreveu a seguir a relação entre ligamento colateral interno e menisco; os autores discordam, neste ponto, uns achando que têm relações recíprocas, dizendo mesmo que o ligamento se insere no menisco (opinião esta da qual o autor é partidário), outros tendo ponto de vista oposto. Estatisticamente, a margem de erro diagnóstico é de 10 a 20%. O exame do paciente deve ser sistematizado, começando por acurada anamnese; o exame físico é em geral frustro; deve considerar-se o bloqueio, os estalidos espontâneos e provocados; ultimately tem-se usado a manobra de Aple para diferenciar esse quadro dos entorces. No menisco externo a sintomatologia é mais tolerada. Não se deve esquecer a possibilidade de dupla lesão, embora mais rara. É necessário tomar cuidado com a osteartrose, que pode, isoladamente, produzir desarranjos internos. Não existe relação entre retirada do menisco e osteartrose posterior. Os cistos meniscais são mais freqüentes no menisco externo. Os cistos parameniscais podem ser deixados, porém, o diagnóstico é difícil e quase sempre o menisco é retirado. O menisco discóide apresenta sintomas frustros e é quase sempre um achado operatório. A meniscectomia deve ser total e a via anterior, devido à falta de visibilidade, não é recomendável, pois nem sempre permite ver a sede e extensão da lesão; deve evitarse o risco de nova operação. O autor descreveu em seguida as vias de acesso de Jones, Fisher, Blatt, etc., e a via dupla (anterior e posterior) que permite retirar o menisco sob visão direta

com o mínimo de traumatismo. Falou, a seguir, da regeneração meniscal, que é questão muito discutida; roperou 3 casos, encontrando o córno posterior degenerado e, no anterior, uma fimbria de tecido conjuntivo. Faz considerações sobre as causas de insucesso, referindo as meniscectomias parciais, incompletas e as deficiências dos Serviços de Recuperação em nosso meio.

Desarranjos internos dos joelhos.
Edimundo Campos Batalha. — O autor faz considerações gerais sobre o joelho e um histórico dos desarranjos internos, mostrando que a infecção retardou o conhecimento cirúrgico. A expressão saxônica perdura até hoje. Considerou, dentro dessa denominação, quatro tipos de afecção: 1) lesões meniscais; 2) lesões dos ligamentos cruzados e laterais; 3) corpos livres articulares; 4) moléstia de Haffa. Quanto ao primeiro tipo, o autor afirmou ser a freqüência maior entre a segunda e a terceira década da vida, maior no sexo masculino e no lado direito. O menisco interno é mais lesado (80%); quanto aos dados, acha os da anamnese importantes (dor, bloqueio articular). A inspeção deve ser feita com o paciente de pé, sentado e andando. Frequentemente, encontra-se atrofia da coxa, especialmente do vasto interno, com hipertonia do costureiro, sinovite e dor à pressão de interlinha articular. A palpação pode perceber-se pequenos fragmentos do menisco, quando está luxado. Pode haver estalido e ressalto. Deve examinar-se os ligamentos colaterais e cruzados. A radiografia é indicada para excluir outras lesões. O menisco discóide é em geral externo, assim como o cisto. A calcificação é rara e encontrada como achado radiográfico ou na meniscectomia. O tratamento deve ser inicialmente conservador: redução do bloqueio por ventura existente, enfaixamento e desenvolvimento do quadríceps. Se

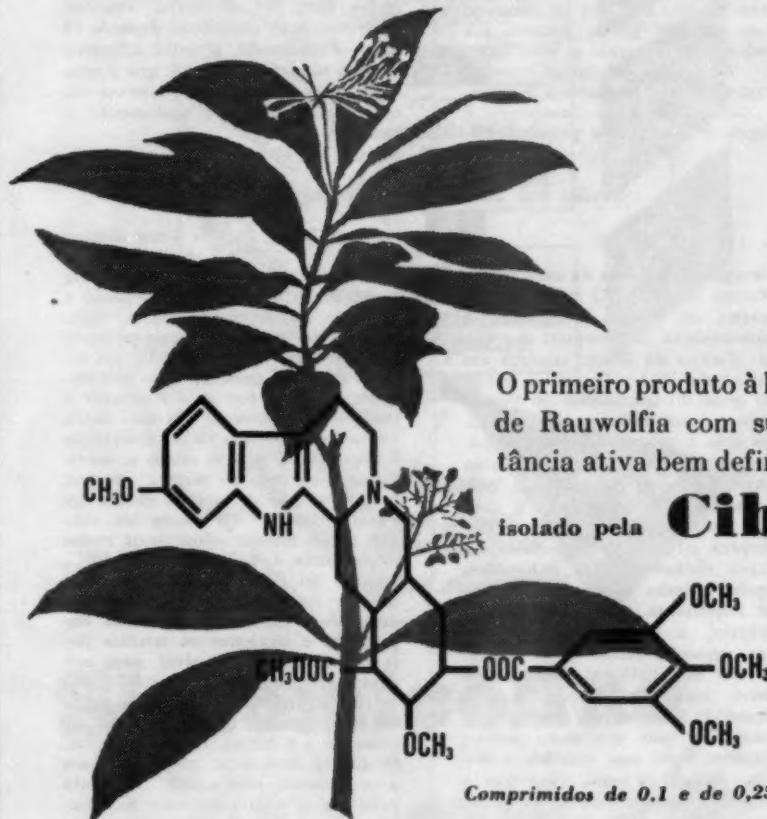
Um singular produto

para o tratamento de todas as formas da doença hipertensiva.

Serpasol

reserpina CIBA

anti-hipertensivo e tranqüilizador



O primeiro produto à base de Rauwolfia com substância ativa bem definida

isolado pela Ciba

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A. — RIO DE JANEIRO

não houver melhora em 20 dias, operar. O autor usa a via anterior e faz extirpação total do menisco. Jamais observou rigidez ou ancirose. Opera sem garrote e acha que a hemostasia deve ser bem feita para evitar o aparecimento de hematoma. O autor estabeleceu as diferenças com as distorções leves, dizendo que o tratamento consiste em enfaixamento gessoado durante 10 dias. A seguir, passou às distorções graves, referindo-se às roturas de ligamentos; o mais comumente atingido é o colateral interno e a rotura se produz pela abdução forçada do joelho e rotação externa do pé; a rotura do colateral externo é mais grave; quanto aos cruzados, é o anterior o mais atingido. O tratamento inicial consiste no aparelho gessoado durante 2 meses. Nos casos antigos o tratamento é cirúrgico e consiste em plásticas ten-

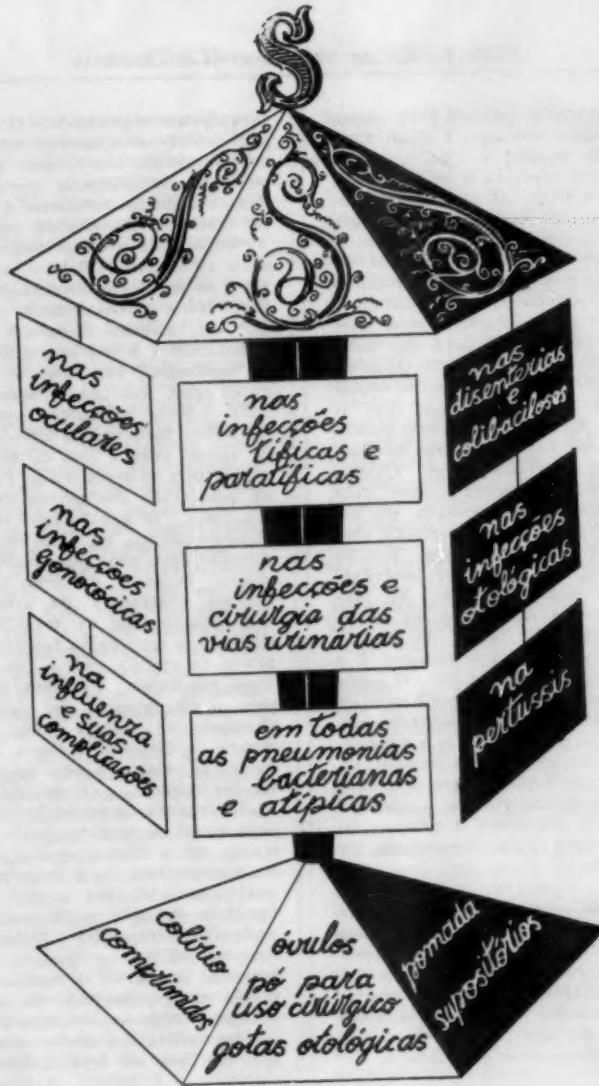
dinosas, transplantes de inserções ligamentosas com tendões (geralmente fascia lata). Referiu-se à experiência pessoal na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas, que consiste em 9 casos operados, mostrando bons resultados. Falou, a seguir, dos corpos livres articulares, que podem ser de origem sinovial, como de condromatose, ou por segmentação de fragmentos osteocartilaginosos, como na osteocondrite dissecante. O tratamento é cirúrgico e consiste na artrotomia, com pequena incisão. Quando há nicho, deve ser curetado; verificar lesão meniscal, imobilizar durante 10 dias. Finalizando, o autor discorreu sobre a moléstia de Haffa, que é uma hipertrofia inflamatória dolorosa do corpo gorduroso; o tratamento é cirúrgico.

Sessão em 29 de setembro de 1955

Presidente: *Ruy de Souza Ramos.*

Cirurgia reparadora da mão. Lauro de Barros Abreu. — O autor citou a estatística da Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas (Grupo da Mão), iniciada em setembro de 1954. Quanto à orientação geral do tratamento no Pronto Socorro, o autor discorreu sobre os cuidados com a pele, os ossos, as amputações, os nervos e tendões. Salientou a importância da lavagem da pele com escóva mole, cuidadosa e delicada; mostrou como deve ser feita a limpeza cirúrgica e a importância de cada elemento. No fechamento da pele, a lesão cutânea é às vezes mais importante que a das outras estruturas; a sutura não deve ser tensa; quando faltar pele deve-se fazer uso de artifícios; sempre que possível, usar pele da própria mão e, havendo amputação compulsiva, aproveitar a pele que desta sobrar; em último caso, usar retalhos à distância. Sobre os ossos, disse que o tratamento clássico visando às partes moles primeiro e depois à fratura é sempre desastroso. Deve ser feito o tratamento simultâneo da fratura e das partes moles. Quanto à ampu-

tiação, havia antigo critério que fazia distinção entre paciente intelectual e operário; a indicação, porém, varia com o tipo de função desempenhada pelo operário. Assim sendo, no socorro imediato conserva-se ao máximo qualquer dedo por se desconhecer a profissão do paciente. Na mão existe um arco transverso cuja conservação é importante, pois os dedos se movimentam no eixo do mesmo; deve-se, pois, conservar as epífises distais dos metacarpianos. Os dedos da mão não têm o mesmo valor: o de maior importância é polegar (40 a 50%), seguido do indicador e dos demais. Sempre que se deva sacrificar um dedo, deve escolher-se o menos importante e seccionar os tendões flexores o mais alto possível, para evitar controvérsia quanto à reparação primária, dizendo que esta não deve ser feita quando o ferimento for recente (6 a 8 horas), limpo e regular. O doente deve estar preparado para uma anestesia prolongada. A sutura primária é contra-indicada nas secções dos tendões flexores dentro das pulias; nestes casos deve ser feito enxerto de tendão. Quanto à reparação secundária, deve ser iniciada



Sintomicetina

Lepetit *Lepetit*

pelo preparo da pele 24 horas antes, com lavagem com água e sabão, compressa de espadol a 5%; antes da operação é repetida a lavagem com espadol a 10%. O garrote pneumático é passado na raiz do braço para garantir a hemostasia preventiva. O tempo de uso do garrote deve ser o mínimo possível; o tempo máximo é de 90 minutos e, se fôr necessário prolongar a hemostasia, deve-se fazer nova insuflação de hora em hora. Quanto às incisões, o autor salientou que elas devem ser paralelas às dobras de flexão, não coincidindo com as mesmas. Nos dedos, as incisões podem ser longitudinais, nas zonas intermediárias entre as duas faces. Quanto ao curativo operatório, sobre cada incisão usar gaze vaselinada em pequenos fragmentos, completando com gaze seca e imobilização na posição de função. O tempo de imobilização é o menor possível. No pós-operatório a mão deve ser elevada de 24 a 48 horas. O próprio cirurgião deve fazer o curativo 7 a 10 dias após a intervenção. O autor falou a seguir sobre a reabilitação da mão, dizendo que o cuidado pré-operatório, a operação e o pós-operatório são na verdade tempos da própria reabilitação. Segue-se a terapia ocupacional, visando a obter a mobilidade dos dedos, a recuperação de sua força e a desenvoltura da habilidade.

Cirurgia reparadora da mão. Orlando Graner. — O autor discorreu sobre os tipos de suturas dos tendões e material de sutura. Utiliza fio de aço inoxidável. Na lesão de ambos os tendões flexores, se a lesão estiver localizada abaixo da prega palmar, despreza o superficial e su-

tura apenas o profundo. O superficial deverá ser ressecado totalmente na sua porção distal, pois do contrário haverá aderência, mantendo o dedo em flexão. Discutiu a técnica de realização do enxerto tendinoso. É importante o comprimento a ser dado ao enxerto. Prefere como enxerto os tendões extensores dos artefios. Inicia a movimentação ativa no 10.^o dia, embora Brummell faça a mobilização e a movimentação passiva imediatas. Sua casuística consta de 46 casos, com bons e maus resultados. Sobre a cirurgia reparadora dos nervos periféricos, a atitude estará de acordo com o tipo de lesão e a importância do nervo lesado. Usa lente na neurorráfia dos nervos colaterais dos dedos. Se a lesão tiver sido por estrangulamento, faz a neurólise e a proteção dessa zona por retalho muscular. O autor discorreu sobre a cirurgia reparadora da articulação com revestimento da superfície articular com gordura ou fazendo transplante de epífises, com o que obteve bons resultados. Usa dois métodos para a reconstrução dos dedos: *a)* elementos da própria mão; *b)* elementos à distância. Citou rapidamente as técnicas usadas para obter tal reconstrução. O método a ser usado depende de vários fatores: posição social do paciente, sexo, região lesada, etc. Prefere o alargamento do metacarpiano se a lesão não fôr total; se total, usa a polarização. Concluiu que a cirurgia usada hoje é de difícil execução. O operador deve sempre dizer ao paciente o que pretende realizar. O resultado depende em grande parte do método utilizado. Não contra-indica a cirurgia reparadora dos dedos, mas acha que ela deve ser bem realizada.

Sessão em 31 de outubro de 1955

Presidente: *Ruy de Souza Ramos.*

Tuberculose óssea. Luis Gustavo Wertheimer. — O autor iniciou sua exposição dizendo que, de 10 anos para cá, houve verdadeira revolução no tratamento da tuberculose, lembrando o fato de que vários hospi-

tais especializados se fecharam. Houve demasiada confiança nos antibióticos, o que acarretou inúmeras decepções. A seguir, fêz uma descrição resumida de como se inicia e evolui a infecção tuberculosa, des-

tacando os fenômenos imunoalérgicos que decorrem da primoinfecção; descreveu o complexo primário, onde a reação é inespecífica (fase de anergia); há, depois, a disseminação secundária, predominando a localização nos pontos onde é abundante o sistema retículo-endotelial. O infectado pode apresentar então imunidade total, com bloqueio da infecção, ou pode não possuir defesa alguma ou muito pouca e então evoluir para uma tuberculose miliar ou para a tifobacilose de Levandowsky. Felizmente há sempre imunidade e disso decorre a formação de tubérculos. O autor descreveu três hipóteses verificadas na evolução da tuberculose osteoarticular: 1) a imunidade é boa — o bacilo é detido, há formação de fibrose, os bacilos são extermínados, com cura e anatomo-patológica; 2) o bacilo é detido, há reação necrótica (caseificação) e a zona de esclerose envolve o foco onde permanecem bacilos vivos que, em determinadas circunstâncias, determinam novos surtos — "brotos de Redeker"; 3) a reação não é boa e há progressão da necrose, determinando evolução progressiva da moléstia. O autor passou, a seguir, a tecer considerações sobre a anatomia patológica, descrevendo as formas caseosa, exsudativa e proliferativa ou produtiva. Citou o período de latência clínica, dizendo ser curto para a falange e demorado para a coluna lombar. Passou a discorrer sobre o tratamento. A doença é cíclica, capaz de se curar a si mesma. O tratamento antigo era conservador; o médico respeitava os focos e procurava levantar as forças do doente. Havia muito de empirismo; não se operava na fase inicial ou nos casos de lesões múltiplas, pelo perigo de disseminação. Temiam-se as fistulas e a infecção secundária, que agravavam a evolução. Quase todo o tratamento consistia no repouso. Terminando por ancirose estável, estava curado o paciente; se não, era indicada uma artrodese, sempre extra-articular, sempre fora da fase aguda. Sorrel, entre 802 crianças, operou apenas 3. Os resultados eram bons para a época, mas o período de tratamento era longo (para mal de Pott, 4 anos; coxalgia, 3 anos). O tratamento cirúrgico era

sempre acompanhado de perda da função articular. O autor passou depois a descrever o período chamado "dos antibióticos". A quimioterapia ideal deve ser eficiente, em doses pequenas e sem toxicidade. No grupo de pacientes em que foi usada a estreptomicina, houve 7% de óbitos; no grupo de controle, 27%. Houve, freqüentemente, produção de resistência. O autor expôs também os resultados da associação estreptomicina-PAS, que aumentou a eficácia terapêutica e reduziu a produção de resistência. O autor referiu-se aos distúrbios gastrintestinais e à lesão do nervo auditivo, salientando que a associação da estreptomicina e da diidrostreptomicina diminui as manifestações tóxicas. O autor acentuou a importância da difusibilidade do antibiótico, que não se deve alterar no pH ácido que existe no foco de necrose. A hidrazida do ácido isonicotíncio é mais difusível, mas não existe um antibiótico ideal. A associação estreptomicina-hidrazida melhorou de muito os resultados. Em verdade, a quimioterapia salvou a vida de muitos pacientes, encurta a hospitalização e permitiu a cirurgia em larga escala. Atualmente, o tratamento cirúrgico permite a artrodesse intra-articular, a biópsia direta e a drenagem precoce dos abscessos.

Tuberculose óssea. Renan Azzi Leal. — A idéia de se obter sempre anciloses parece ter evoluído ao mesmo tempo que surgiu a dúvida sobre se os antibióticos podem manter os resultados. O autor referiu o caso de uma criança de 5 anos de idade, portadora de um abscesso de joelho; após 4 semanas de evolução a punção revelou tratar-se de tuberculose óssea; foi feito tratamento pelo PAS intra-articular e per os; o autor tinha a impressão de melhora, mas as radiografias não revelaram modificações; foi então feita a ressecção do foco e, ainda hoje o menor mantém os movimentos do joelho. O autor, a seguir, referiu que Osvaldo Pinho Campos salientou o valor da relação linfócito-monocitária como básica para a indicação cirúrgica; estudou as possibilidades do hemograma e da eritrossedimentação em relação à indicação. Citou também o ponto de

vista de ordem clínica adotado por Orlando Pinto de Souza: se o paciente reage favoravelmente aos antibióticos, realiza a intervenção indicada; caso contrário, adia ou não intervém. O autor passou a citar trabalhos de especialistas espanhóis que chegaram à conclusão de que não há cura com os antibióticos se

não se conseguir modificar a evolução da doença que, em vez de progredir, se localiza; daí decorria o direito de extirpar os focos. O autor referiu-se, em seguida, à associação de antibióticos. Encerrou suas palavras afirmando que a cirurgia deve procurar realizar artroplastias e não anquiloses, como antigamente.

Sessão em 29 de novembro de 1955

Presidente: *Ruy de Souza Ramos.*

Paralisias espásticas. José Paulo Marcondes de Souza. — Até há pouco todas as paralisias cerebrais eram chamadas de "espásticas". Hoje, graças aos estudos neurológicos, sua patogenia é melhor conhecida, tendo sido individualizadas cinco categorias: espasticidade, atetose, ataxia, rigidez e tremor. O autor definiu essas categorias e, a seguir, projetou um esquema sobre a etiologia das paralisias cerebrais: desenvolvimento anormal do cérebro, trauma do parto, trauma pós-natal. Hoje está provado que poucos são os casos de paralisias cerebrais devidas aos traumatismos do parto. A propósito da localização cerebral da espasticidade, o autor lembrou que Fulton demonstrou a possibilidade de ocorrerem paralisias cerebrais clássicas, tendo ainda sido provada a existência de uma zona responsável pela espasticidade fora do sistema piramidal (área 4s). O autor referiu-se aos sistemas inibidor e facilitador. Salientou as possibilidades de recuperação, já que o tecido nervoso não se regenera: vias motoras alternadas, áreas motoras secundárias que podem entrar em ação, possibilidades de difusão do influxo nervoso a outros neurônios.

Paralisias espásticas. Plínio Cândido de Souza Dias. *Resumo* — O tratamento das paralisias cerebrais deve ser planificado por uma equipe constituída pelo neurologista, pelo fisioterapeuta e pelo ortopedista e complementado pela orientação profissional, serviço social e agências de emprego. É necessário que o tipo de parálisia seja bem determinado, o que nem sempre é fácil, mesmo

porque existem casos mistos ou de associação. Reconhecida a topografia, deve avaliar-se o conjunto muscular com maior rigor do que se usa na parálisia infantil. O autor discorreu sobre o problema da avaliação do estado mental, que pode ser mascarado por surdez ou distúrbios visuais; os testes usados para crianças normais não são úteis para os espásticos. Frisou também a necessidade de ser encarada com atenção a atitude em relação à família. O autor salientou que a reeducação é a viga mestra do tratamento; a cirurgia é auxiliar. Na articulação em que existe instabilidade é indicada a estabilização, que é mais frequente nos espásticos, menos nos atetóticos e rara nas outras categorias. O autor discriminou a ação dos grupos musculares, acentuando que o grupo dos espásticos com antagonistas normais se beneficia com a cirurgia. A seguir, esquematizou os diversos tipos de operações usadas no tratamento dos espásticos: 1) sobre o sistema nervoso — radicotomia posterior (Förster), usada desde 1909, mas com resultados pouco satisfatórios; neurotomoias motoras (Stöffel), executada nos ramos motores junto aos músculos, que é bastante útil; 2) sobre os tendões — alongamentos, tenotomias; 3) transferências de inserção; 4) transplantes musculares; 5) operações ósseas — osteotomias; 6) operações ostearticulares — artrodeses. Os dados estatísticos revelam que, de 7 casos espásticos por 100 000, 1 morre antes de 1 ano de vida, 2 são leves e recuperam-se, 2 se beneficiam com o tratamento e em 2 nada se pode fazer.

PENICIER

COMPRIMIDOS

INFANTIL

100.000 unidades Penicilina

Sulfá { dicloro
merazina
metazina

ADULTO

200.000 unidades Penicilina

Sulfá { dicloro
merazina
metazina

Laboratorio Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.



Paralissias espásticas. Roberto Taliberti. — O autor salientou inicialmente a oportunidade de tratamento que se deve dar à criança com paralisia cerebral quando o seu grau de inteligência for suficiente. O tratamento é dividido em duas partes: a educação e o treinamento. A educação abrange a educação dos pais e a da criança, social e escolar. O treinamento é orientado segundo o esquema de Phelps, devendo ser treinados a fala, o uso das mãos e a locomoção (devem participar nesse esquema terapistas especializados). O autor citou a carência, em nosso meio, de instituições especializadas em que esse programa é cumprido de maneira cabal, mencionando, contudo, o Hospital das Clínicas e o Centro de Reabilitação da Associação de Assistência à Criança Defeituosa como possuidores desses tipos de instrutores. Acentuou a necessidade de orientação psicológica de orientação psicológica quando a criança apresenta distúrbios do comportamento. Em seguida, descreveu os tratamento para pacientes com espasticidade, com atetose e com ataxia. Para os primeiros estão indicadas as seguintes modalidades fisioterápicas: massagem para os músculos fracos e flácidos; relaxamento consciente para eliminar a espasticidade persistente; exercícios ritmados para controle do reflexo de estiramento,

iniciando passivamente e passando sucesivamente a ativo auxiliado, ativo com resistência e movimentos alternados; movimentos sincinéticos para treinar músculos flácidos; suportes e aparelhos ortopédicos para prevenção e correção de atitudes viciosas; e cirurgia após cuidadosa avaliação de sua indicação. Para os atetóticos estão indicados: o relaxamento consciente para evitar os movimentos involuntários; os movimentos a partir da posição relaxada, começando passivamente e terminando com os movimentos ativos alterados; e aparelhos e restrições para controlar as hiperflexões e permitir o treinamento de outros segmentos. Para os pacientes com ataxia faz-se o treinamento da sinergia articular e postural e o uso de mobiliário terapêutico; os exercícios de sinergia articular compreendem o treinamento das atividades manuais e da fala, que o paciente aprenderá à custa do sensório em virtude de lhe faltar o controle cerebelar; os exercícios de sinergia postural compreendem o treinamento do equilíbrio estático e dinâmico, o que é conseguido através de mobiliário terapêutico. O autor termina enumerando uma série de atividades que devem ser adquiridas pela criança com paralisia cerebral para tornar-se socialmente habilitada.

Sessão em 29 de dezembro de 1955

Presidente: *Ruy de Souza Ramos.*

Bases e evolução do tratamento das fraturas do colo do fêmur. Francisco Elias Godoy Moreira. — O problema da evolução e do tratamento das fraturas do colo do fêmur é de difícil solução. O autor expôs um quadro focalizando os pontos mais importantes do problema. Passou a fazer um resumo histórico sobre o assunto; lembrou a afirmação de Theodore Kocher, que afirmou ser impossível a consolidação das fraturas mediocervicais, e a de Kellogg Speed, que chamou de fratura "insolúvel"; Royal Whitman, há 30 anos mais ou menos, depois de estudar uma série de casos, conseguiu com o seu método

bons resultados; Ducrocq, depois de observar a alta mortalidade, conseguiu idealizar um aparelho que permitisse ao fraturado mover-se na cama; a seguir, merecem destaque Delbet e Alba, pois foram os primeiros a realizar tratamentos usando enxertos; há 24 anos Smith-Petersen racionalizou os tempos da operação e usou o prego trilaminado. A seguir, o autor passou a descrever alguns dos pontos que reputa de importância no tratamento das fraturas do colo do fêmur: irrigação, redução, impacção. A irrigação é de importância fundamental; o autor descreveu a anatomia da irrigação san-

NOVA FÓRMULA!...

Prinachol

INJETAVEL

FÓRMULA :

	Ampolas de 2cm ³	5cm ³
Cinarina (Princípio ativo cristalizado da Alcachofra)	0,012 g	0,030 g
Acetilmetionina	0,200 g	0,500 g
Colina Cloridrato	0,020 g	0,050 g
Sólido da fração anti-tóxica do fígado a 1:20 q. b. p.	2cm ³	5cm ³

*Associada a Metionina — Colina — Solução
de fração anti-tóxica do fígado*

INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS

Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.



Em dosagens eficientes :

Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope
de Glicose em suspensão de paladar agradável.

Diarréas processos desintérinos e inflamatórios intestinais

★

LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

ESCRITÓRIO: Parque D. Pedro II, 862 - 876 — LABORATÓRIO: Rua Copacabana, 15-A
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Ráde interna) São Paulo, Brasil.

gtínea do colo e as três fontes de sangue para o colo e cabeça do fêmur; acentuou a diferença entre a irrigação do colo no adulto e na criança; não considera atuais as idéias de Powell no que se refere ao prognóstico, já que o problema é dominado pela nutrição do colo e da cabeça. A redução deve seguir o caminho inverso do trauma; o autor citou as manobras usuais, como as de Whitman, Leadbeter e outros; mostrou os perigos da rotação externa, quando o bordo do fragmento distal pode lesar a circulação anterior, o inverso ocorrendo na rotação interna forçada; a tração seria o ideal se não houvesse o perigo do estiramento dos vasos; a indução deve ser a mais perfeita. A propósito da impacção, o autor recordou a classificação das fraturas do colo do fêmur em fraturas por adução e por abdução; diante da predominância circulatória, esta classificação perdeu um pouco do seu valor prognóstico, sendo no entanto útil e por isso julga o parafuso melhor que o prego de Paterson. O tratamento é conservador na criança, quando o desvio é pequeno; dos 40 aos 65 anos (grupo importante), o autor aconselha o tratamento cirúrgico e, no grupo mais idoso o tipo de operação depende das condições gerais do fraturado. Quanto ao tipo

de operação, o autor salienta que todos os usados até o presente acarretam grande percentagem de complicações tardias ou remotas. O autor descreveu as várias pesquisas que vem realizando desde que idealizou o seu parafuso; tem-no empregado associado a enxerto de diversas fontes, inclusive fragmentos de tecido esponjoso colocados em torno do foco. Referiu-se também ao enxerto de tecido esponjoso cilíndrico que retira do cóndilo femoral e reforçado com tecido cortical da tíbia. Os resultados são bons em 60 a 65% dos casos. O autor passou depois a descrever as complicações tardias, referindo-se principalmente à necrose asséptica da cabeça do fêmur, responsável por 35 a 40% dos insucessos tardios: o diagnóstico dessa complicação é dado principalmente pelos sinais clínicos, desde que os sinais radiológicos são tardios. Existem alguns meios de profilaxia da necrose: evitar mobilização precoce, retardar a carga articular estática ou da marcha, respeitar as noções sobre a circulação do colo e da cabeça. O autor concluiu afirmando que só será possível a solução do problema das fraturas do colo do fêmur quando se tiver melhor conhecimento da patologia do calo ósseo e, especialmente, do calo nas fraturas do colo.

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de dezembro de 1955

Presidente: *Alvaro Cardoso.*

Fungos anemófilos nas cidades de São Paulo e Santos (Brasil). Carlos da Silva Lacaz, Ernesto Mendes, Raymundo J. R. Pinto, Therezinha J. B. Cardoso e Lília C. H. Lucchetti. — Os autores, após revisão da literatura nacional sobre o assunto, estabeleceram o método de trabalho adotado em suas pesquisas. Na cidade de São Paulo, 49 exposições de 15 minutos foram praticadas sempre no mesmo local (Faculdade de Medicina), utilizando-se duas placas de ágar-Sabourand. As condições meteorológicas durante as referidas exposi-

ções foram as mais diversas. Na cidade de Santos, a oleta de material se fez, como em São Paulo, semanalmente, sendo expostas, porém, 6 placas de ágar-Sabourand, em três locais diferentes (2 placas para cada local). O total de exposições se elevou a 63. Nesta última cidade, o Serviço Meteorológico da Base Aérea, graças à gentileza do Dr. Josedyl Camargo Lima, fornecia, na hora em que se fazia a exposição das placas, os principais dados referentes às condições ambientais, tais como temperatura do ar, direção e velocidade do vento,



*A cruz "Bayer"
é mundialmente
conhecida.*

VITAMINA B₁₂ »Bayer«

*nas doses de 500 e 1.000 microgr. para o tratamento de
neurálgias, atraso de crescimento, distúrbios metabólicos dos
velhos, colites crônicas, intoxicações gravídicas, intoxicações
por metais pesados.*

CAMPOLON

*extrato integral do fígado
com 6 microgr. Vitamina B₁₂ por cm³*

VIA INTRAMUSCULAR

*na anemia perniciosa e
nas anemias secundárias*

VIA ENDOVENOSA

*em diluição (1 : 5) de glicose ou levulose
na cirrose hepática
nas afecções do parenquima hepático.*

★

A CHIMICA »Bayer« Ltda.

Rio de Janeiro — Rua Dom Gerardo, 42
São Paulo — Praça Carlos Gomes, 120/122 — Cx. postal, 1906

★

*Representante exclusivo da Seção Farmacêutica da
FARBENFABRIKEN BAYER A. G.,
LEVERKUSEN — ALEMANHA*

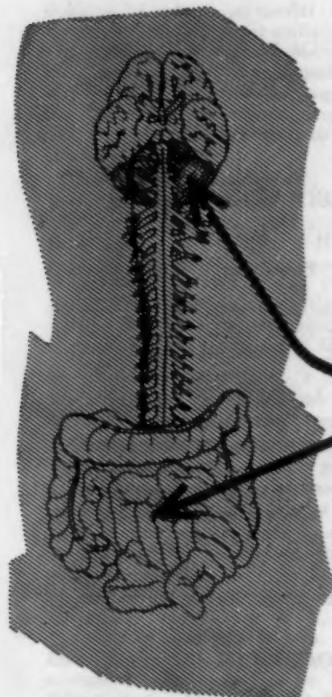
nebulosidade, pressão ao nível médio do mar e grau de insolação. Em São Paulo, as pesquisas duraram de 5-9-1953 a 3-12-1953 (primavera), sendo reiniciadas em 31-8-1954 e encerradas em 21-6-1955 (fim do inverno, primavera, verão e início do outono). Em Santos, o trabalho teve início em 24-11-1954, sendo coletado material até 6-7-1955 (fim da primavera, verão e parte do outono). Os fungos isolados foram identificados até gêneros, sendo sua freqüência calculada em relação ao total de exposições. Apenas no caso dos *Aspergillus*, quando foi possível, fizemos a classificação em grupos, tais como *A. niger* e *A. flavus*. Em São Paulo, foi a seguinte a incidência encontrada: *Penicillium* (89,7%), *Cladosporium* (*Hormodendrum*) (73,4%), *Rhodotorula* (63,2%), *Torulopsis* (20,4%), leveduras brancas não identificadas (20%), leveduras pretas não identificadas (14), *Mucor* (12%), *Aspergillus* (10,2%), *Candida* 10,2%, *Cephalosporium* (8,1%) *Pullularia* (8,1%), *Hormiscium* (6,1%), *Neurospora* (4%), *Rhizopus* (4%), *Geotrichum*, *Geotrichoide*, *Streptomyces* e *Sporotrichum* (2%). No grupo dos bolores não identificados incluem-se 53 amostras, a maioria constituída de fungos possivelmente pertencentes ao gênero *Epicoccum*. Como, porém, tal classificação não pode ser ainda perfeitamente estabelecida, incluímos no grupo de amostras não identificadas. Em Santos, com 63 exposições efetuadas em 12 lugares diferentes, foi a seguinte a incidência registrada: *Penicillium* (93%), *Cladosporium* (87%), *Rhodotorula* (80%), *Epicoccum* (76%), fungos imperfeitos não identificados (53,1%), *Aspergillus*, grupo *niger* (46%), *Mucor* (27%), *Aspergillus*, grupo *flavus* (23,8%), *Rhizopus* (19%), *Aspergillus* (9,5%), leveduras pretas não identificadas (7,9%), *Hormiscium* (6,3%), *Pullularia* (6,3%), *Neurospora* (4,7%), *Streptomyces* (4,7%), *Candida* (4,7%), *Sporotrichum* (3,1%), leveduras brancas não identificadas (3,1%), *Mycelia sterila* (1,5%), *Monascus* (1,5%), *Cephalosporium* (1,5%). A flora micótica do ar, em Santos, é muito mais rica do que a observada em São Paulo, fato este já esperado diante das condições climáticas daquele

pórtico. A temperatura do ar, em Santos, em média, foi sempre superior a 23°C, tendo, em um dia de exposição, alcançado 32°C. Em São Paulo, a temperatura média, durante o período de nossas experiências, ficou ao redor de 18,8°C. O presente trabalho, em linhas gerais, confirma o de Passarelli e col. (1949) realizado no Rio de Janeiro. A ausência de *Alternaria* em nosso meio deve ser assinalada. Não foi possível estabelecer correlações entre os achados micológicos e as condições ambientais, inclusive com as estações do ano, a não ser no que diz respeito à temperatura do ar, que parece influir nos resultados obtidos. De um modo geral, os fungos mais freqüentes isolados em Santos também o foram em São Paulo. Deve-se assinalar, todavia, em Santos, maior freqüência de *Aspergillus*, principalmente dos grupos *niger* e *flavus*.

Etiopatogenia dos aneurismas dissecantes da aorta. J. Lopes de Faria. — A lesão fundamental da parede da aorta humana responsável pela sua rotura e consequente formação de aneurisma dissecante é uma necrose da camada média, cuja etiologia e patogenia são discutidas. Para alguns autores a alteração na média seria primária das células musculares com degeneração secundária do elástico e, para outros, pelo contrário, seria processo degenerativo primário do elástico, com desaparecimento secundário do tecido muscular. Estudos experimentais do autor em coelhos, submetidos a colapso ostostático, apoiam a hipótese de nutrição e hipoxia da parede arterial. Estudo preliminar de alguns casos humanos falecidos por choque ou colapso refuta esta hipótese.

Estudos quantitativos sobre a fixação do complemento na blastomicose sul-americana, com antígeno polissacárido. Celeste Fava Neto. — O autor referiu inicialmente a modificação que fez na técnica de Norden para a extração do antígeno a partir de células leveduriformes do *Paracoccidioides brasiliensis*. Após a modificação introduzida na técnica de preparo do antígeno, conseguiu polis-

no espasmo visceral



NABLAN

(Alcaloides da Belladona e Fenobarbital Squibb)

proporciona terapêutica antispasmódica completa, em virtude de sua dupla ação

moderada sedação psíquica

relaxamento somático

NABLAN geralmente domina, dentro de 24 a 27 horas, o espasmo visceral doloroso, decorrente de distúrbios orgânicos^{1, 2} ou de fatores psíquicos. De acordo com Kilstein,¹ entre as várias formas de espasmo tratadas com NABLAN, encontram-se os da úlcera péptica, cólon irritável, constipação espástica, colecistite crônica e a cólica biliar. Quando administrado nas doses recomendadas, NABLAN é, geralmente, atóxico.

Cada comprimido de NABLAN ou cada 5 cm³ (1 colher de chá) do elixir contém os seguintes componentes de ação sinérgica:

Sulfato de biosciamina.....	0,1 mg
Sulfato de atropina.....	0,02 mg
Bromidrato de escopalamina	0,006 mg
Fenobarbital.....	16 mg

Apresentação: Comprimidos - frascos de 25. Elixir - frascos de 120 cm³.

¹ Kilstein, R. I.: Rev. Gastroenterol. 14:171.
² Morrissey, J. H.: Urol. 57:635, 1947.

'NABLAN' É UM NOME REGISTRADO

SQUIBB

sacáride com bom poder fixador e desprovido de poder anticomplementar na diluição empregada na reação. Passou, a seguir, para a titulação do antígeno polissacárdico pelas técnicas quantitativas de Wadsworth, Maltaner e Maltaner e de Stein. Final-

mente, referiu os estudos feitos sobre a sensibilidade e a especificidade da reação de fixação do complemento na blastomicose sul-americana com antígeno polissacárdico e os resultados que obteve no estudo de 100 casos daquela micose.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de dezembro de 1955

Presidente: *Fernando Gayotto.*

Lactação sob o ponto de vista do endocrinologista e do psicólogo. Luiz Miller de Paiva. — O autor recapitulou a fisiologia da lactação, salientando a importância dos núcleos supra-óptico e paraventricular no estímulo e depressão da secreção láctea. Relatou a correlação hormonal e psíquica entre os casos de amenoréia hipotalâmica e a síndrome de Chiari-Frommel. Citou em seguida as causas de hipogalactia: malformação congênita, distúrbios de nutrição, infecção, fatores conscientes e inconscientes (medo de ser agredida pela

criança, homossexualidade e complexo de culpa referente ao leito "tóxico"). Referiu uma casuística mostrando a deficiência da lactação em 67% das mulheres, em 79,2% das mulheres neuróticas, em 86,8% das mulheres criadas por mães pouco afetivas e em 95% das mulheres neuróticas criadas por mães poucos afetuosas. As mulheres educadas por mães calmas e afetuosas apresentam 100% de lactação normal. Finalmente, revelou o valor da psicoterapia psicanalítica profilática na hipogalactia.

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 6 de dezembro de 1955

Presidente: *Pedro de Souza Campos Filho.*

Cirurgia proctológica no Hospital de Juqueri. Euler Sanderville. — No Hospital de Juqueri a doença proctológica mais comum é a procidência do reto, que constitui grande problema, não só pelo número de casos, como pelo seu grau. O autor fez um relato dos métodos cirúrgicos empregados e do número de recidivas com os vários métodos. Em segundo lugar, aparecem as hemorróidas. As fistulas e as fissuras são menos fre-

quentes, possivelmente em virtude da falta de queixa dos doentes mentais. Os corpos estranhos no reto e ánus não são freqüentes; esta freqüência é maior no esôfago e estômago. A incidência do megacôlon é igual à dos hospitais gerais. O pré-operatório não difere do dos demais doentes; o pós-operatório, geralmente, é favorável. O autor evita operar os doentes agitados.

Acabam de ser publicados

2 volumes de

“A Cirurgia no Sanatório São Lucas”

Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 26 de julho de 1954

Presidente: Dr. Nelson Rodrigues Netto.

Colopatias, etiopatogenia, tratamento médico e dietético. — Prof. Dr. Carlos A. Centurion (Paraguai). — O A. referiu-se às colites infeciosas, parasitária, ulcerosa-neuro-muscular, neurosecretrora e alimentícia. Deteve-se demoradamente em considerações sobre a colite de origem alimentar, chamando a atenção para o fato de recrudescimento periódico desse tipo de colite na ocasião em que a população consome certas frutas.

Câncer da tireoíde e câncer do pene (filme) — Prof. Dr. Manoel Riveros (Paraguai). — O A. apresentou um

trabalho dividido em duas partes: no primeiro tratou do câncer da tireoíde e no segundo do câncer do pene. Projeto um filme em que focaliza a técnica operatória que emprega na cirurgia do câncer do pene.

Iodoroentgenterapia. Novas contribuições de curas conservadoras de processos inflamatórios e afecções da tireoíde. — Dr. Francisco Finocchiáro.

— O A. apresentou abundante documentação de inúmeros casos de sua clínica em que lançou mão do processo da iodoroentgenterapia.

Sessão em 9 de agosto de 1954

Presidente: Dr. Paulo G. Bressan.

Avaliação sorológica da lues. — Dr. Luiz Migliano. — O A. depois de mostrar a grande conceito em que é tida a reação de sua autoria para o diagnóstico da sífilis e depois de fazer alguns comentários a respeito do Serviço de Avaliação Sorológica patrocinado pela Associação Paulista de Medicina, concluiu, diante da má vontade que há em realizar a fabricação de antígenos, aqui mesmo, com corações de boi ou de vitela, que é inútil pensar em padronização do diagnóstico sorológico da sífilis, enquanto não nos libertarmos da escravidão de importar reativos. Enquanto não for incumbido um instituto oficial da fabricação de antígenos irrepreensíveis quanto à especificidade e sensibilidade utilizáveis por laboratórios particulares e oficiais, é melhor não cuidar de impôr a prática sorológica com reativos importados e pagos a peso de ouro.

A tubagem duodenal como auxiliar no diagnóstico dos distúrbios hépatobiliares. — Drs. Rubens Xavier Guimarães e Moacir de Paula Vilela. —

O dr. Rubens Xavier Guimarães inicia a palestra fazendo um apanhado histórico sobre as tentativas para alcançar o duodeno. Cita os trabalhos de Boas, de Boldyreff, Hemmeter, Kuhn e Max Einhorn. Em seguida fala sobre a sonda a jato-propulsão de autoria de Clóvis Paiva Aguiar, fazendo elogios à mesma. Mostra como essa sonda deve ser usada. Lembra os trabalhos de Meltzer sobre o emprêgo da solução de sulfato de magnésio a 25%, bem como os resultados obtidos por Lyon com esta solução salina. Passa a considerar a seguir a técnica de Varela Fuentes, mostrando como se deve proceder a uma tubagem cronometrada e quais os tempos que surgem durante esta prova funcional. Faz considerações sobre as análises físico-químicas e microscópicas do líquido de estase, das biles coledocianas, A, B, e C. Finalmente cita as possibilidades de serem encontradas por meio de uma tubagem duodenal, segundo a técnica de Varela Fuentes e como diagnosticá-las.

Após estas considerações de ordem técnica, o dr. Moacir Paula Vilela analisa o valor da intubação duodenal considerado ao lado do colecistograma, com prova de Boyden e do exame clínico bem feito. Faz um estudo sobre 21 casos da clínica particular e mostra que alguns desses casos, diagnosticados como alterações hépato-biliares, foram, após a tubagem duodenal e o colecistograma com prova de Boyden, afastadas essas alterações. Fala, as seguir, da dificuldade no das chamadas disinesias, sendo de opinião que o diagnóstico deverá ser feito apenas por exclusão. Analisa a importância da ausência de bile vesicular, confirmada por mais de uma tubagem, juntamente com colecistograma negativo.

Faz considerações sobre a importância do achado de cristais de colesterolina e bilirrubinato de cálcio no sedimento das biles, relacionando este encontro com as calcúlos das vias biliares. Critica o excessivo valor dado ao exame bacteriológico das biles e lembra a importância do exame microscópico no diagnóstico de algumas parasitoses, tais como giardíase, strongiloidíase, anquilostomíase.

Concluem os autores que a tubagem duodenal, segundo a técnica de Va-

rela Funentes é um ótimo auxiliar no diagnóstico das colecistopatias, achando entretanto que, para um diagnóstico definitivo, deveremos, conjugar esta prova com um colecistograma com prova de Boyden, ao lado de uma anamnese bem feita e exame físico bem conduzido.

A palestra foi comentada pelos drs. Jacyr Quadros, Eurico Branco Ribeiro, Waldemar Machado, Paulo G. Bressan e Moacyr Boscardin.

Bócio pós-branquial. — Drs. Eurico Branco Ribeiro e Ferdinando Costa. — Inicialmente o Dr. Eurico Branco Ribeiro tratou da patologia, clínica e cirurgia do caso apresentado, fazendo comentários acerca da nomenclatura mais adequada. Em seguida o dr. Ferdinando Costa expôs noções de natureza embriológica da glândula tireoide, bem como das bólsas branquiais, com particular interesse pela 5.a bólsa branquial; relatou sua gênese, destino e patologia do estruma pós-branquial propriamente dito e sua sinonímia; tratou também da sua frequência, do quadro macroscópico e microscópico, finalmente estabeleceu a relação do caso apresentado com a descrição clássica do tumor.

Sessão em 23 de agosto de 1954

Presidente: *Dr. Paulo G. Bressan.*

Desenvolvimento da produção de trabalhos. — O dr. Eurico Branco Ribeiro sugeriu, a fim de incrementar o desenvolvimento da produção de trabalhos, organizar debates sobre determinados assuntos.

Finalmente cuidou-se da questão do serviço da Anestesia do Sanatório São Lucas, que, diante do seu desenvolvimento, sugeriu o dr. Eurico Bran-

co Ribeiro tornar-se um serviço autônomo e independente tal como os Serviços de Radiologia e de Laboratório.

Debatida a questão sobre vários aspectos, resolveu-se quanto à parte de remuneração, criar uma Caixa de Anestesistas ao lado da Caixa de Assistentes que já existe.

Sessão em 20 de setembro de 1954

Presidente: *Dr. Nelson Rodrigues Neto.*

Caso de sinusite maxilar de interesse odontológico. — Dr. Alexandre de Medicis. — O A. fez a apresentação do "Caso de sinusite maxilar de

interesse odontológico", após ler a observação de seu caso, apresenta os exames complementares dos quais os mais interessantes e conclusivos foram

CONSTELAÇÃO B BAPTISTA

Quando não estão presentes, em quantidades ótimas, todos os componentes do Complexo B, é impossível assegurar a nutrição normal, mormente para os organismos que reclamam em suas dietas o equilíbrio dos fatores vitamínicos B.

Nesse ponto é que intervém a terapêutica, aumentando a taxa dos fatores carenciais do Complexo B e promovendo o seu reequilíbrio.

CONSTELAÇÃO BAPTISTA

preenche êsses requisitos, subministrando em doses apropriadas o Complexo B natural, enriquecido com vitaminas sintéticas desse mesmo Complexo, além de extrato de fígado e sais minerais.

FÓRMULA	DRÁGEA	LÍQUIDO	INJETÁVEL
Complexo B Total Nat.....	100mg	2cm ³	X - X
Vitamina B 1 (Tiamina).....	4mg	4mg	5mg
Vitamina B 2 (Riboflavina).....	1mg	1mg	1mg
Vitamina B 6 (Piridoxina).....	1,5meg	1,5mcg	5meg
Vitamina PP (Nicotinamida).....	10mg	10mg	50mg
Vitamina H (Biotina).....	0,1mcg	0,1mcg	0,1mcg
Extrato de Fígado.....	150mg	(1 : 10) 7cm ³	(1 : 10) 1cm ³
Cloreto de Cobalto.....	10mg	10mg	10mg
Sulfato de Manganês.....	10mg	10mg	10mg
Veículo q. s. p.....	1 drágea	1c. sobremesa	2cm ³

INDICAÇÕES

No tratamento dos estados carenciais, beribéri, pelagra, arriboflavose, perturbação da função gastrointestinal, como anorexia e prisão de ventre. Profilaxia dos distúrbios nutritivos dos períodos de prenhez e lactação. Distúrbios da menstruação, alergias, sensibilidade às infecções e intoxicações. Estimulante do crescimento das crianças.

POSOLOGIA E APRESENTAÇÃO

LÍQUIDO — Vidro com 150 cm³

Crianças: 2 a 4 colheres das de chá ao dia.

Adultos: 2 a 4 colheres das de sobremesa ao dia.

DRÁGEAS — Vidro com 30 drágeas

Crianças: 2 a 4 drágeas ao dia.

Adultos: 4 a 6 drágeas ao dia.

INJETÁVEL — Caixa com 6 ampólas de 2 cm³.

Crianças: 1 ampola em dias alternados.

Adultos: 1 ampola diária.

★

LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.

R. Maria Paula, 136 - Tels. 32-1294 e 33-4263 - Cx. Postal, 847 - S. Paulo

as radiografias que evidenciaram a presença de material estranho no seio maxilar — numa plástica de odontologia evidenciada no ato operatório, que decorreu normalmente, assim como o pós-operatório. O A. tece comentários a respeito de causa tão rara mas possível donde a necessidade de serem alertados os dentistas quando praticarem curetagem de alvéolos, após avulsão dentária. Deteve-se no diagnóstico diferencial e saliente a importância do exame radiológico por parte de dentistas e otorrinolaringólogos.

Comentaram o trabalho os Drs. Jacyr Quadros e Bresser da Silveira.

Contribuição ao estudo das sinusites. — Dr. Mario Finocchiaro. — O A. discorreu sobre a contribuição ao estudo das sinusites. Inicialmente, o A. fez um relato dos cuidados em estudo para em seguida apresentar detalhes radiográficos das lesões das cavidades com cistos, pseudo ciste-

tes, sinusites, corpos estranhos, etc. chamando a atenção para a importância tomográfica para a elucidação de diagnóstico.

Comentaram o assunto os drs. Jacyr Quadros, Alexandre Medicis e José Bresser da Silveira.

A importância do exame radiológico no diagnóstico e orientação terapêutica do câncer dos seios maxilares. — Dr. Jacyr Quadros. — O A. discorreu sobre a importância do exame radiológico no diagnóstico e orientação terapêutica do câncer do seio maxilar. Inicialmente o A. fez a apresentação dos tumores aí localizados, benignos e malignos, detendo-se nestes últimos. Encarece a dificuldade do diagnóstico radiológico necessidade de incidências específicas e tomografia. São apresentados dia-positivos a respeito.

O trabalho foi comentado pelo Dr. Alexandre Medicis.

Academia de Medicina de São Paulo

Sessão em 23 de julho de 1956

Método de determinação do sexo antes do nascimento. — Prof. Kakuichi Ando (Japão). — Realizou-se no dia 23 de julho do corrente ano na Academia de Medicina de São Paulo, uma sessão extraordinária, a fim de receber o prof. K. Ando, catedrático de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Keio, Japão. Após a solenidade de entrega do título de membro correspondente estrangeiro ao ilustre visitante, teve início a parte científica, na qual o prof. Ando discorreu sobre o tema "Determinação do sexo do feto intra-uterino".

Incialmente, lembrou que não se conhece até hoje um método realmente eficiente para a determinação do sexo. Todavia, as suas pesquisas, que datam de outubro de 1955, evidenciaram a possibilidade de se obterem por cento de resultados positivos. O novo método baseia-se no estudo da chamada "sex-cromatin", substância descoberta em 1949 pelo prof.

Barr, catedrático da Academia da Universidade de West Antario, no Canadá. Este cientista canadense descobriu a existência de uma cromatina especial relacionada com o sexo, razão pela qual foi denominada de "sex-cromatin".

Conhecem-se atualmente três variedades dessa cromatina sexual, conforme sua posição e forma. A mais característica é a do tipo plano-convexo, aderente pela base à membrana nuclear, de tamanho menor que uma "micra" (milésima parte do milímetro), fortemente corável pela hematoxilina. O fato básico é o seguinte: nas células do sexo feminino existe *sempre* a "sex-cromatin". Dessa maneira é impossível verificar-se um falso resultado positivo. Já no sexo masculino, às vezes, em cerca de 2 por cento dos casos, pode faltar a "sex-cromatin", de sorte que pode verificar-se um falso resultado.

MODERNA TERAPÊUTICA DA HIPERTENSÃO

ANSOLISEN

M & B

Bitartarato de pentapirrolidínio



AÇÃO DIRETA SÔBRE O MECANISMO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

EFEITO PROLONGADO

FÁCIL ABSORÇÃO — BOA TOLERÂNCIA



Hipertensão essencial ou diastólica,
principalmente quando associada à cefalalgie, vertigens,
crises de encefalopatia e asma cardíaca

Hipertensão associada à arteriosclerose ou hipertensão sistólica

Hipertensão associada a doenças renais

Distúrbios da circulação periférica, tais como os observados
na doença de Buerger, doença de Raynaud, periarterite nodosa,
acrocianose, eritromelalgia e na embolia arterial periférica



Frasco de 50 comprimidos dosados a 20 mg
de bitartarato de pentapirrolidínio



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

R-195-356

A "sex-cromatin" existe nas células do feto e do indivíduo adulto. Partindo do princípio de que as células da superfície do feto sofrem um processo de descamação, o prof. Ando procurou estudar a composição celular do líquido amniótico, que, como se sabe, circunda o organismo em formação. A análise dessas células que flutuam no líquido amniótico permitiram-lhe obter, em várias gestantes de mais de 20 semanas, resultados positivos, determinando exatamente o sexo do feto. A técnica empregada é a seguinte: retira-se, por punção uterina, 5 a 10 centímetros cúbicos de líquido amniótico. Após centrifugação, o sedimento é estendido sobre uma lâmina. Fixa-se

pelo álcool metílico e cora-se pela hematoxilina de Harris. Coloca-se uma lâminula e examina-se o material sob imersão. Procura-se nas células apenas a "sex-cromatin" do tipo plano-convexo. A determinação do sexo, segundo o prof. Ando, depende do número porcentual de células com "sex-cromatin": quando o número é menor do que 5 por cento, o feto será do sexo masculino. Quando a quantidade é maior do que 10 por cento, o feto será do sexo feminino. O método é, portanto, relativamente simples. Nas mãos de seu idealizador tem dado ótimos resultados. Todavia, sómente novas pesquisas é que esclarecerão de maneira definitiva as suas reais possibilidades.

Outras Sociedades

Centro de Estudos Franco da Rocha. — Sessão de 25 de julho de 1956, ordem do dia: 1) Leitura da ata da reunião anterior; 2) Leitura do expediente; 3) Esclerose tuberosa de Bourneville. Contribuição anátomo-clínica ao estudo das formas: completa e frustra, — drs. Benedito Arthur Sampaio, Antônio Luisi e Jairo de Andrade e Silva.

Centro de Estudos da Maternidade de São Paulo, sessão de 30 de julho de 1956, ordem do dia: Considerações em torno do pseudo-hermafroditismo (conferência) — Prof. Cláudio Goulart de Andrade (do Rio de Janeiro).

Centro de Estudos da Divisão do Serviço de Tuberculose, sessão de 29 de julho de 1956, ordem do dia: 1) Asma e tuberculose — dr. Hugo Cerrelo (convidado). Comentarista — dr. Archibaldo de Paula Farnesi.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 17 de julho de 1956, ordem do dia: 1) Entrega de diplomas às técnicas ortóticas do VI Curso; 2) Apreciação dos trabalhos apresentados no IX Congresso Brasileiro de Oftalmologia — dr. Alexandre Belfort Rizzi.

Sessão de 31 de julho de 1956, ordem do dia: Visão de côres Propedéutica e diagnóstico — dr. Rubens Belfort, Mattos.

Hospital A. C. Camargo, sessão de 19 de julho de 1956, ordem do dia: Reunião anátomo-clínica: Parte Clínica a cargo do prof. José Ramos Jr.; Parte anátomo-patológica a cargo do dr. Humberto Torloni.

Sociedade Brasileira de Angiologia, sessão de 11 de julho de 1956, ordem do dia: New approaches to the large blood vessels grafts — (conferência) — dr. James F. Connell Jr. diretor do Laboratório de Pesquisas e Cirurgia e Queimaduras da Faculdade de Medicina da Universidade de Nova York e professor-adjunto de cirurgia.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 10 de julho de 1956, ordem do dia: 1) Circuncisão (filme); 2) Pneumólise extrapleural com acrílico — Dr. Francisco Boscardin; 3) Interpretações de chapas radiológicas — dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 24 de julho de 1956 ordem do dia: 1) dr. Moacyr Boscardin — Lesões do colédoco em cirurgia gástrica; 2) dr. Geraldo de Barros — Câncer do ureter; 3) dr. Paulo Rebocho — Coma hepático.

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos dos Hospitais de Santa Casa de São Paulo, Vol. I, n.º 5, dezembro de 1955. Estudo sobre o eletrocardiograma normal do cão — Drs. Ladislau Lengyel, José Monfort, Zarko Caramelli, e José Clemente Guerra; Efeito da abertura do tórax e do pericárdico sobre o eletrocardiograma do cão — Drs. Ladislau Lengyel, Zarko Caramelli, José Clemente Guerra e José Monfort; Algumas observações sobre o infarto experimental produzido pela ligadura da artéria coronária em cães — Avaliação do efeito da medicação prévia por um ganglioplégico e por um simpaticomimético — Drs. Ladislau Lengyel, Nairo França Trench, José Monfort, Zarko Caramelli e José Clemente Guerra; Reticulosarcoma do estômago. A propósito de três casos — Drs. José Donato de Próspero e Peterz Capelhuchnik; Fibrose cística do pâncreas — Considerações clínico-patológicas sobre um caso — Drs. Luiz Augusto Monteiro Toledto e Carlos Marigo; Moléstias de graves-bassetos de origem cerebral — Dr. Paulo de Paula e Silva.

Boletim de Higiene Mental, Vol. XIII, nos. 140 e 141, março-abril de 1956. I Congresso Latino-Americano de Saúde Mental — Dr. Tar-ciso L. Pinheiro Cintra.

Pediatria Prática, Vol XXVI, n.º 5, maio de 1956. Osservazioni sull'ere-dità della galatesemia — P. Durand, G. Primo e S. Garibizzo; Cirurgia gastro-piloro-duodenal na criança — Auro A. Amorim; Tratamento da anemia hipocrómica do lactente — José de Araújo e Dorina Barbieri.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXV, n.º 3 e 4, março-abril de 1956. Milton L. McCall, Barbara Brew — O tratamento moderno da toxemia gravídica (Com especial referência ao emprego dos vasodilatadores); Pedro Nava, Ayrton Pereira da Costa, Hil-

ton Seda — Síndromes dolorosas do ombro (Revisão de 318 casos); Atílio Zelante Flóri — Ação do ACTH intravenoso sobre a fosfatemia (conclusão); Galeno Ceccarelli — Considerações sobre o feocromocitoma supra-renal; Pedro Cerutti — Considerações sobre a associação terapêutica da penicilina com os preparados de arsenobenzol e de bismuto no tratamento da sífilis. Influência da cortisona sobre a evolução da prenhez e da ninhada de ratas albinas (Henrique A. Paraventi, Domingos Delascio e José Ribeiro do Valle); Câncer, hipófise e supra-renal: A 6 — mercaptopurina.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XVI, n.º 5, maio de 1956. A debatida questão do metabolismo basal do homem dos trópicos — Dr. F. Pompeo do Amaral; Ligeiro cômputo do pessoal disponível para prestação de assistência médica-sanitária no Brasil — Dr. Martinus Pawel; História da medicina santista — Dr. Raphael da Nova.

Revista Paulista dos Hospitais, Vol. IV, n.º 4, abril de 1956. V Jornada de administração Hospitalar — Prof. Jairo Ramos; Atividades de Higiene Materna em uma unidade sanitária — Paulo Carvalho Castro; Problemas médico-administrativos nos Hospitais; Banco de sangue — Irm. Maria Celeste Fernandes; Mais um passo na luta contra o câncer; Aplicação das teorias de Fayol e Taylor no Departamento de enfermagem. Irmã Maria Gilda; Novos métodos de tratamento em psiquiatria; Mate brasileiro nos Hospitais Mexicanos; Voluntárias no Hospital — Irmã Maria Leopoldina da Eucaristia; A estatística na administração em geral — Athenar Guimarães de Queiroz; Normas gerais do serviço de enfermagem na unidade de psiquiatria do Hospital dos Comerciários — Enf. Odyssea de Ávila; História da Medicina no Bra-

sil — Os consultórios nos tempos coloniais — Dr. Lycurgo Santos Filho; Farmácia única ou várias farmácias para hospitais médios e pequenos — E. Malta Santos; La Organización de Hospitales en el Paraguay — Dr. César Gagliardone; Uma cadeia de 400 kms. de hospitais; Terapêutica ocupacional; Problemas a equacionar nos serviços de alimentação dos grandes hospitais.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 48, n.º 3, março de 1956. Complexo de Eisenmenger associado a cardio-

patia reumática — Marcos Fábio Lion e Jorge Soberón Azevedo; Colangiografia intravenosa. Observações com nova substância de contraste — Henrique Walter Pinotti, José Fernandes Pontes e Walter Bomfim Pontes; Doença hemolítica do recém-nascido por incompatibilidade ABO. Considerações sobre 12 casos tratados pela exanguino-transfusão — Oswaldo Melhone, Pedro Refinetti, Domingos De lasio, Oscar Yahn e Carlos da Silva Lacaz; Conseqüências médicas das explosões atômicas — Samuel Barnsley Pessoa.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Necrológio

Dr. Braz de Revoredo Barros. — Grave perda acabam de sofrer os círculos médicos e a sociedade paulista, com o falecimento ocorrido no dia 30 de julho p.p., nesta Capital, do dr. Braz de Revoredo Barros. Nascido a 5 de junho de 1887, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, o ilustre extinto cursou humanidades no Colégio Acadêmico de Lisboa, Portugal e no Colégio Militar de Rio Pardo, ingressando finalmente na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. Segundo depois para Paris, como médico-assistente do barão do Rio Branco, especializou-se naquele país em moléstias do aparelho digestivo e da nutrição. Durante os cinco anos que permaneceu na capital francesa, foi assistente dos eminentes professores Marcel Labbé, no "Hôpital Charité", e Abel Mattieu, no "Hôpital Saint Antoine". Seguiu ainda cursos em clínicas de Berlim sobre assuntos de sua especialidade. De regresso ao País, instalou consultório em nossa Capital, granejando,

desde logo, invulgar nomeada e fazendo largo círculo de relações, mercê dos seus elevados dotes de espírito e coração. A par de sua brilhante carreira profissional, dedicou-se também à política, tendo participado ativamente dos movimentos revolucionários de 1924 e 1930. Intelectual de valor, colaborou no "Comércio do Povo", de Porto Alegre, tendo ainda fundado, com Alcides Maia, o "Jornal da Manhã", da capital gaúcha. É de sua autoria o volume "Regime dos sedentários".

Filho do dr. José Carrilho de Revoredo Barros e de d. Rita de Cassia Prates Castilhos de Revoredo, foi o extinto casado com d. Helena Burchard de Revoredo. Deixa os filhos: dr. Luiz de Revoredo; dr. Braz de Revoredo Júnior; dr. José de Revoredo e dr. Carlos de Revoredo. Era sua nora d. Vincenzo de Revoredo. Deixa ainda as netas Maria Helena, J. Cristina, Beatriz, Rosa Maria e Cecília.

PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

Climax

Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENALIS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:
Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

Flora

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

A revivificação do organismo em estado de morte clínica(*)

Dr. V. NEGOVSKI

Dos problemas incompreensíveis durante milênios, os problemas da vida e da morte têm constituído, quieto, o maior enigma. O desconhecimento da autêntica natureza destes processos dava lugar a conceções fantásticas, supersticiosas acerca da imortalidade de uma alma, que supostamente abandona o corpo no momento da morte. A luta contra a morte se considerava superior às possibilidades humanas.

O pensamento científico avançado nunca esteve de acordo com semelhantes pontos de vista.

Nos tempos remotos, quando não existia ainda uma idéia exata acerca da estrutura e funções do corpo humano, os médicos intentavam devolver a vida às pessoas que acabavam de morrer. Frequentemente a morte chegava a margem das alterações irreparáveis dos órgãos de vital importância. Uma pessoa que estava absolutamente só sofria repentinamente um ferimento, parava o coração, paralisava-se a respiração e morria. Precisamente êsses casos levaram os médicos a pensar no problema de devolver a esse organismo as funções vitais extintas.

Os médicos dos tempos antigos falavam das três portas da morte referindo-se ao coração, a respiração e a consciência.

Com efeito a perda da consciência e a parada da respiração e atividade do coração, são os sintomas da extinção do organismo que mais saltam à vista. Assim surgiu a idéia de que para fazer reviver o organismo era necessário, antes de mais nada, restabelecer estas funções. Nesse sentido, precisamente, fizeram-se numerosas tentativas. Desde logo os métodos empregados para ressuscitar as

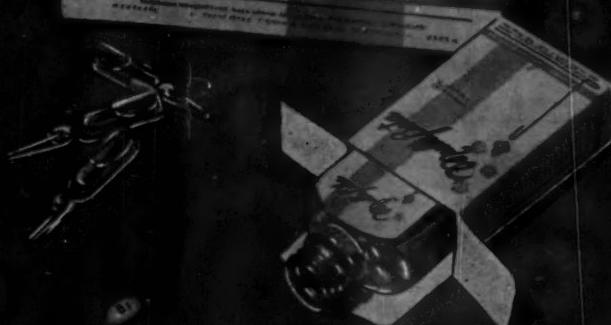
pessoas eram, naqueles longínquos tempos, muito imperfeitos e, como regra geral, não tinham êxito. Passavam-se os séculos porém embora extraordinariamente raros os casos em que se conseguia devolver a vida, muitos investigadores não abandonavam a idéia da necessidade de lutar contra a chegada intempestiva da morte. Dentre êles não se pode deixar de mencionar Piotr Posnikov, um dos primeiros médicos russos que no fim do século XVII se ocupava dos problemas da revivificação do organismo.

Na resolução destes problemas desempenharam um papel substancial os ensaios feitos com órgãos separados do corpo. Já em meios do século passado, começaram a levar-se a cabo investigações mediante as quais se estabeleceu a possibilidade de fazer reviver o cérebro depois de haver-se interrompido temporariamente a circulação sanguínea do mesmo. É sabido que qualquer órgão do corpo humano só pode funcionar se com o sangue arterial recebe substâncias nutritivas e oxigênio e se com o sangue venoso se retirar das células do órgão as substâncias já aproveitadas e o ácido carbônico. Por isso, ao devolver as funções vitais a um órgão, os investigadores tratavam de restabelecer nêle a circulação sanguínea.

Em 1858, o sábio francês Brown-Sequard restabeleceu pela primeira vez a atividade do cérebro da cabeça separada de um animal. Depois, A. Kulabko realizou em nosso país, em 1907, ensaios felizes para fazer reviver a cabeça separada de um

(*) Transcrito, traduzido, do Servicio de Noticias de la Oficina de Prensa de la Embajada de la U. R. S. S. — Medicina N.º 7 e 8 — México — 1950.

A experiência desvendou a sinergia
funcional do grupo vitaminico β .
Reunir seus elementos racionalmente
e forjar arma segura contra os estados
carenciais deste complexo.



corpo de um peixe. Em 1928, S. Chechulin e S. Briujonenko lograram restabelecer diversas funções do cérebro do cão. Em seus ensaios separavam do corpo do cão a cabeça e depois injetavam sangue fresco na carótida por meio de um aparelho especial, enquanto que da veia se sucionava o sangue desgastado. Aos olhos dos presentes a cabeça começava a reanimar-se, dava evidentes sinais de vida. Era este o esquema dos ensaios que posteriormente se iam complicando e aperfeiçoando. Para injetar e sucionar o sangue iam se aplicando aparelhos que substituiam o coração.

Todas essas investigações permitiram comprovar que o cérebro por ser o órgão do corpo humano mais complexo e mais exposto à sofrer ferimentos pode suportar, durante certo tempo, a falta de circulação sanguínea e reviver logo quando se renova artificialmente a corrente sanguínea. Logrou-se estabelecer também que diferentes partes do cérebro suportam de maneira distinta as alterações na circulação sanguínea. A cortex cerebral, a que se vincula a atividade nervosa superior, perece muito rapidamente, em média aos 5 ou 6 minutos da parada cardíaca (no homem e nos animais adultos). Resulta que a parte do cérebro que se chama medula oblonga (onde, entre outras, se encontra o corpo de células nervosas que regulam a respiração (o centro respiratório), pode ser restituída nas pessoas maiores e nos animais, entre 40 e 60 minutos após a morte.

Na segunda metade do século passado, começou-se também a estudar a revivificação do coração extraído do cadáver de um animal. Para restabelecer a atividade desse órgão, como para restabelecer a atividade de qualquer outro, é necessário que nela se restabeleça a circulação sanguínea.

Como é sabido, o vaso fundamental que leva o sangue do coração rico em oxigênio ao mesmo músculo cardíaco são as coronárias. Para fazer reviver o coração se extrai do corpo, ao mesmo tempo, uma parte da aorta. Na artéria, em direção ao coração, injetava-se o sangue ou uma solução fisiológica, que, até certo ponto, pode

substituir o sangue. O líquido introduzido sob pressão, tapava as válvulas aórticas, penetrava no orifício das artérias coronárias e trazia ao músculo cardíaco substâncias nutritivas e oxigênio. Este líquido excitava ao mesmo tempo as formações nervosas do coração provocando a contração do músculo cardíaco. O coração começava a dar pulsões. Deste modo, o sábio russo A. Kuliabko ressuscitou pela primeira vez em 1902 o coração extraído do cadáver de uma pessoa. Na atualidade o professor S. Andréiev logrou ressuscitar o coração extraído do cadáver de uma pessoa, conservado após 95 horas da sua morte.

Uma etapa muito importante no desenvolver das idéias modernas sobre as possibilidades de poder fazer ressuscitar um organismo foi o trabalho do prof. Andréiev, pioneiro destes problemas de revivificação do organismo, publicado por ele em 1913. Neste trabalho demonstrou que se a um animal, morto por acidente, por exemplo, por causa da perda de sangue, se injetava, sob certa pressão, na carótida, no pescoço, sangue em direção ao coração, este ia por todo o sistema arterial, chegava as coronárias e restabelecia a atividade do coração. Uma vez esta restabelecida, voltava a respiração, se restabeleciam as funções das secções superiores do sistema nervoso e os animais reviviam. É verdade que os animais que se utilizavam para estes ensaios de F. Andréiev pereciam ao cabo de algum tempo depois de haver ressuscitado pois que então ainda não se conheciam muitas leis da morte e ressurreição do organismo. Seu conhecimento hoje permite não só fazer reviver o organismo senão também dar-lhe vida estável.

No período soviético, se desenvolveu em nosso país o estudo de muitos aspectos do problema da morte e revivificação do organismo. Devido à esse estudo criou-se um método mais perfeito de revivificação. A uns 20 anos vêm-se dedicando especialmente a esses problemas os colaboradores do Laboratório de Fisiologia Experimental de Revivificação do Organismo, adjunto à Academia de Ciências Médicas da U.R.S.S., trabalham nesses problemas também outros ví-

LIPOCÉRÉBRINE

AMPÔLAS

TÔNICO E REMINERALIZANTE
CEREBRAL



Extrato etéreo total de cérebro fresco
de carneiro contendo todos os seus
constituintes, fosforados e não fosfora-
dos.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

Enxofre

vulcase

ENXOFRE ASSIMILÁVEL • SAIS BILIARES

AFFECÇÕES HÉPATO-VESICULARES
PRISÃO DE VENTRE
DERMATOSES

DRÁGEAS LAXATIVAS E COLAGÔGAS: 1 a 4 POR DIA

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

rios laboratórios e instituições científicas de nosso país.

A metodologia moderna de revivificação consta de duas partes: medidas destinadas a restabelecer a atividade cardíaca e medidas tendentes a substituir a respiração.

Para restabelecer a atividade cardíaca aplica-se o princípio de F. Andréiev, ampliado e desenvolvido. O sangue, a que se adicionam substâncias curativas (glicose, adrenalina e água oxigenada), injeta-se sob certa pressão em uma das artérias periféricas em direção ao coração. Depois de restabelecida a atividade cardíaca suspende-se a injeção de sangue na artéria e procede-se só a introdução corrente de sangue na veia segundo as necessidades.

As investigações realizadas mostraram que uma parte substancial da metodologia da revivificação é a respieração artificial bem feita e levada a cabo no momento preciso. Existem muitos métodos de respiração artificial; existem também diferentes medicamentos que estimulam a respiração. Resultou porém que o método mais valioso para restabelecer a respiração que se extingue consiste em insuflar ar nos pulmões por meio de aparelhos respiratórios especiais através de um tubo de goma colocado no laringe. Assim, não só logra-se uma saturação mais perfeita do sangue com oxigênio nos pulmões, como também, e isto é especialmente importante, a excitação das terminações nervosas que envolvem cada um dos alvéolos (célula pulmonar). Os impulsos que surgem se dirigem até o tronco do nervo vago que se encontra na medula oblonga. A excitação ao chegar à medula afeta também as células do centro respiratório ali situado. Assim se realiza o restabelecimento da respiração. Quanto antes a respiração seja restituída quanto antes se restituem as funções da seção superior do cérebro do sistema nervoso central: a cortex do cérebro.

O restabelecimento rápido das funções do cérebro constitui uma garantia da feliz revivificação do organismo.

A metodologia descrita se empregou com êxito nos hospitais durante a Grande Guerra Patriótica. Em vá-

rios casos se logrou devolver a vida aos feridos. Quando, brincando, se perguntou a um dos combatentes resuscitados por esse modo de proceder, o que é que havia visto "no outro mundo" respondeu que "havia dormido em sua morte".

Isto reflete eloquientemente o verdadeiro curso da extinção e revivificação do cérebro do homem. O cortex cerebral é que primeiro morre e por isso a consciência se extingue antes que cesse a respiração natural, isto é, antes que se apaguem as funções da medula oblonga. No processo da revivificação se verifica um quadro inverso: revive o coração, depois a respiração e após se restabelece a consciência. A consciência se restabelece quando se logra restabelecer a atividade cardíaca e levar alimento a cortex. A metodologia de revivificação do organismo se aplica em escala cada vez maior em medicina nos casos de acidentes mortais.

Há já muita gente a quem se tem devolvido a vida por este procedimento; como exemplo citaremos uma informação comunicada há pouco pelo médico V. Maslov, de Járkov.

Em março de 1954, trouxeram ao Instituto de Transfusão de Sangue e Cirurgia de Urgência de Járkov e enfermo K., de 32 anos de idade portador de um ferimento cortante e penetrante na região do coração. Levaram-no em seguida a sala de cirurgia. Sob os efeitos da anestesia local começou a operação para o tratamento de ferimento na caixa torácica. Durante a intervenção produziu-se grande hemorragia da artéria peitoral interna. Na cavidade pleural se acumularam 2,5 litros de sangue. O estado do enfermo piorou bruscamente. Cessou a respiração e parou o coração. Começou-se imediatamente a injetar sangue na artéria em direção ao coração ao mesmo tempo em que se fazia a respiração artificial. Em pouco tempo restabeleceu-se a atividade cardíaca e logo reapareceu a respiração. Levou-se a feliz término a operação. Ao fim de duas e meia semanas teve alta e voltou ao trabalho normal.

Atualmente prossegue o estudo cada vez mais profundo e completo de problema da revivificação. Assim, só nestes últimos tempos, tem se logrado

PREVINE AS LESÕES DA CÉLULA HEPÁTICA

- por infiltração gordurosa
- por substâncias tóxicas
- por carência alimentar

3 a 9 comprimidos por dia.

CHOLIMETIOL

Cada comprimido contém:

1. - FATORES LIPOTÓPICOS

Metionina	0,20 g
Colina	0,20 g
Vit. B ₁₂	5mcg

2. - FATOR ANTINECRÓTICO E ANTITÓXICO

ALFA-TOCOFEROL (Vit. E) 0,003 g.

Vitamin E, or alpha tocopherol, another fat-soluble vitamin, has an important role in the nutritional production of hepatic necrosis (Chapter 40). Klatskin and Kulli

292

DISEASES OF THE LIVER

THE ROLE OF VITAMINS IN HEPATIC INJURY and particularly tocopherol. Thus, tocopherol deficiency has been found to be an important factor in dietary hepatic slice of necrosis. The other curious fact is that such agents divergent chemicals as tocopherol and methionine should have a similar effect on hepatic before necrosis. Thus, an animal on a methionine in im-cystine) deficient diet may be protected by *e.g.* tocopherol or vice-versa. Tocopherol, like liver

3. - SUBSTÂNCIAS QUE CORRIGEM A TENDÊNCIA HEMORRÁGICA NAS DOENÇAS HEPÁTICAS.

Rutina	0,015 g
Vit. K	0,0005 g



LABORATÓRIOS ENILA S. A.

RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO DE JANEIRO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

prolongar (é verdade que por enquanto só em experiências com animais) o prazo de 5 ou 6 minutos depois de que se logrou fazer reviver a cortex cerebral. Após uma série de insistentes e escrupulosas investigações, a miúdo ligadas a muitos fracassos e dificuldades, no Laboratório de Fisiologia Experimental de Revivificação do Organismo tem se conseguido devolver a vida a animais restabelecendo totalmente a cortex cerebral uma hora depois da morte clínica (o estado do organismo quando estão ausentes todos os sintomas exteriores de vida, porém ainda não chegado à decomposição irreparável das células da cortex cerebral). Isto foi conseguido mediante a aplicação

da refrigeração artificial que frenou os processos da decomposição nas células após a parada do coração.

Será ainda necessário um grande trabalho experimental antes que se possam usar os resultados destas investigações na clínica. Porém há fundamento para supor que também este prazo — uma hora — não é o limite.

Os êxitos logrados na revivificação do organismo em estado de morte clínica ajudam a nobre causa de salvar a vida dos seres humanos. Reforcem os conceitos científicos materialistas da vida e morte, servem de prova convincente da omnipotência do saber científico que penetra nos mais ocultos segredos da natureza.

LITERATURA MÉDICA

A p r e c i a ç õ e s

A Cirurgia no Sanatório São Lucas. — Vol I, 1.^a parte — São Paulo Editora S. A., 1955. — O presente volume inicia a publicação de trabalhos feitos pelo seletivo corpo clínico do Sanatório S. Lucas e seus colaboradores. Refere-se à primeira década da existência do hospital. O segundo volume será complemento dêste. Os volumes seguirão sem periodicidade determinada e à medida que se fôr coligindo matéria suficiente para um número de páginas semelhante ao atual.

Com esta série visa o Sanatório São Lucas reunir os trabalhos de maior interesse já publicados por elementos de seu corpo médico, principalmente aquêles que se referem à orientação cirúrgica seguida nos seus diferentes serviços. Procurou então assim a diretoria mostrar o que se faz e como evoluir a cirurgia no Sanatório São Lucas.

No histórico diz bem o Dr. Eurico Branco Ribeiro o que foi o esforço para dar início à Instituição que hoje consagra os expoentes da cirurgia bandeirante, e onde uma boa medicina pudesse ser feita ao lado da pesquisa. Diz o A. "O Sanatório

é fruto do idealismo. Acalentamos por muito tempo a esperança de organizar um hospital de cirurgia, onde a principal preocupação não fosse a de ganhar dinheiro mas onde, ao lado de uma assistência cuidadosa ao enfermo, pudesse ter o médico um ambiente cômodo e confortável para o desempenho de suas atividades profissionais, para o aperfeiçoamento de sua capacidade técnica, para experimentação de suas justificadas inovações no terreno de arte de curar".

Muitos são os trabalhos que completam o esplêndido volume de mais de 400 páginas; entre êles podemos citar: A colorimetria fotoelétrica — Dr. Eça Pires de Mesquita. Mecanismo orgânico de defesa contra as hemorragias — Dr. Fausto Figueira de Mello. Acidentes cardiovasculares postransfusionais — Dr. Ademar Alíbano Russi. A penicilina por via arterial — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Modalidade de anestesia para operações sobre o penis — Dr. Eurico Branco Ribeiro. A moléstia da raquitense — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Terapêutica pela novocaina endovenosa — Dr. Paulo G. Bressan.

Onicogripose — Dr. Osias dos Santos Filho. Aproveitamento do dente incluso no tratamento de uma fratura do maxilar inferior — Drs. José Ribeiro de Carvalho e Paulo G. Bressan. Moléstia de Duplay — Dr. Moacir Camargo Martins. A fraturação (fratura provocada) em terapêutica obstétrica — Dr. Cesário Tavares. Teste da circulação arterial

dos membros — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Cirurgia da tireoide — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Mama san-grante num caso de mastopatia crônica Cística — Dr. Waldemar Machado. Resultados tardios do tratamento cirúrgico do câncer da mama — Dr. Eurico Branco Ribeiro (Transcrito da Rev. "Vida Médica", Ano XXIII, n.º 2, junho de 1956).

Separatas e folhetos recebidos

Utilização terapêutica da vitamina B-6. — José Garrett, Portugal Médico, Vol. XXXVIII, n.º 12, Dezembro de 1954.

Sistema linfático. — Drs. Hernani Monteiro, Manuel da Silva Pinto e Abel Sampaio Tavares — Portugal Médico — Vol. XXXVIII, n.º 12, Dezembro de 1954.

Os evasamentos ganglionares complementares — Estudo crítico, indicações e técnica — Dr. Alvaro Rodrigues — Arquivo de Patologia — Vol. XIV — n.º 1 — Abril de 1942 — Lisboa.

Effets du chlorhydrate d'ephtaminol sur l'hypotension et l'insuffisance cardiaque postbarbiturique. — Dr. Jean La Barre et José Garrett — Arch. int. Pharmacodyn — Vol. C, Fasc. III-IV.

Einflub von Luminal und Pentothal auf die Inaktivierung von 1 — Adrenalin und 1 — Noradrenalin durch Aminooxydase. — Drs. A. Malafaya-Batista, J. A. Guimarães, J. Garrett e W. Oswald. — Arch. exper. Path. u. Pharmakol., Bd. 224, S. 243, 1955.

Sobre a morfologia do buraco látero anterior. — Dr. Mello Adrião — Imprensa Portuguesa — Pórtio — 1955.

Um caso de doença quística do pulmão. — Drs. Carlos Alberto M. da Rocha e Francisco Batoréu — Portugal Médico — Vol. XXXIX, n.º 1, Janeiro de 1955.

O factor endotelial nas circulações locais. — Dr. Silva Pinto — Folia Anatômica — Vol. XXX, n.º 1 — Coimbra 1955.

Insuficiência hipofisária e diabete mellitus. — Dr. Ignácio dt Salcedo — Jornal do Médico — XXVI, (626), 251 — 1955.

Tiosemicarbazonas e concentrações hemáticas de ácido p-amino-salicílico. — Drs. Hié Garrett, Walter Oswald e Amândio Sampaio Tavares — Pôrto, Farmacologia e Terapêutica — Vol. I, n.º 11, Janeiro-fevereiro de 1955.

Influence de l'acide I-Ascorbique sur l'auto-oxydation spontanée et l'inactivation enzymatique de l'adrénaline. — Drs. A. Malafaya-Batista, J. A. Guimarães, J. Garrett e W. Oswald. — C. R. Soc. Biol. 149 : 432, 1955.

Influence de l'amobarbital et du pentobarbital sur l'activité enzymatique des cholinesterases et sur l'action anticholinesterasique de la phystostigmine. — Drs. J. A. Guimarães, A. Malafaya-Batista, J. Garrett e W. Oswald. — Lisboa — C. R. Soc. Biol. 149 : 438, 1955.

Hemangioma cavernoso do fílo em transformação cistóide. — Dr. João Gil da Costa — O Médico n.º 180, 1955.

Fistula vésico-sigmoideia. — Dr. João Costa — Pôrto — Portugal Médico, Vol. XXXIX, n.º 2, Fevereiro de 1955.

The effects of bilateral total adrenalectomy in diabetics with advanced vascular disease. — Drs. James T. Wortham, e James W. Headstream — Third Annual Report on Stress — 1953.

Adrenalectomy in Human diabetes effects in diabetics with advanced vascular disease. — Drs. James T. Wortham e James W. Headstream — The Journal of the American Diabetes Association, Inc. — September-October 1954, Vol. 3, n.º 5, Pág. 367-374.

Oração de Paraninfo. — Dr. Newton Gonçalves — Editora — Editora Instituto do Ceará — 1954.

Chlorpromazine Protection against alloxan diabetes. — Drs. M. Sobrinho e Walter Oswald — Metabolism — Vol. IV, n.º 4, 1955.

Sobre as características sexuais dos nucleos celulares. — Dr. Amândio Sampaio Tavares — Jornal do Médico — XXVII, 707, 1955.

Dois casos de teratoma retroperitoneal. — Drs. Joaquim Bastos e Amândio Sampaio Tavares — "O Médico" — Vol. III, 205, 1954.

Influência do fenobarbital e do tiopental sobre a inactivação da L-Adrenalinina e da L-noradrenalinina pela aminoxidase. — Drs. Malafaya-Batista, J. A. Guimarães, J. Garrett e W. Oswald — Gazeta Médica Portuguesa — Vol. VIII, julho-agosto de 1955, n.º 4.

Supra renalectomia e ovarectomia bilaterais no tratamento do cancro do seio com metástases ósseas. — Drs. Joaquim Bastos, Manuel Hargreaves e Casimiro de Azevedo — Gazeta Médica Portuguesa — Vol. VIII, n.º 4 — julho-agosto de 1955.

A propósito de duas meningites tuberculosas em crianças vacinadas pelo B. C. G. — Drs. Fonseca e Castro e Cidrais Rodrigues — Portugal Médico — Vol. XXXIX, n.º 8-9, agosto-setembro, de 1955.

Alguns casos de micoses cutâneas. — Dr. João Gil da Costa — "Trabalho da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia" — Ano XIII — setembro 1955, n.º 3.

Determinações sobre a proteína dos distróficos pela electroforese em papel. — Drs. Fonseca e Castro, Ferreira Leite, Daniel Serrão — Separata de "Revista Portuguesa de pediatria e Puericultura" — Ano XVIII, n.º 8, setembro de 1955.

Acromegalia. — Dr. Ignácio de Salcedo — Jornal do Médico, Vol. XXVIII, 417, 1955.

Meningite tuberculosa. — Dr. Carlos Ramalho — Jornal do Médico — XXVIII, 473, 1955.

Esteatorreia idiopática. — Drs. Emídio Ribeiro e Ana Maria de Mesquita — Jornal do Médico — XXVIII, 657, 1955.

Granuloblastoma gástrico em metamorfose cancerosa. — Dr. Daniel Serrão — Portugal Médico, Vol. XXXIX, n.º 11, novembro de 1955.

Discinesia biliares. Seu tratamento cirúrgico. — Dr. Bratholo do Valle Pereira — Portugal Médico, Vol. XXXIX, n.º 12, dezembro de 1955.

A propósito de um caso de torção aguda azial do útero. — Drs. Artur Gesteira de Almeida e Maria José Leite Garcia — Portugal Médico, Vol. XXXIX, n.º 12, dezembro de 1955.

Quelques commentaires sur les observations personnelles de becs-de-livre et de fentes palatines congénitales. — Dr. Armando Tavares — Revista Portuguesa de Pediatria e Puericultura — Ano XVIII, n.º 11-12 — Dezembro de 1955.

Tendências modernas em anestesia. — Dr. Júlio Costa — "O Médico" — n.º 223, 1955.

Ventre agudo por hemorragia tubar. — Dr. Amarante Júnior — "O Médico" — n.º 226, 1955.

Reacções de imobilização treponémica de Nelson-Mayer. — Dr. Aureliano da Fonseca — "O Médico", n.º 224, 1955.

Investigações sobre a arterialização do sistema porta. — Drs. A. de Sousa Pereira, Amândio Tavares e Daniel Serrão — "O Médico", n.º 225, 1955.

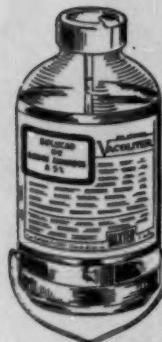
Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucosio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucosio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucosio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucosio em água destilada a 5 % e 10 %.

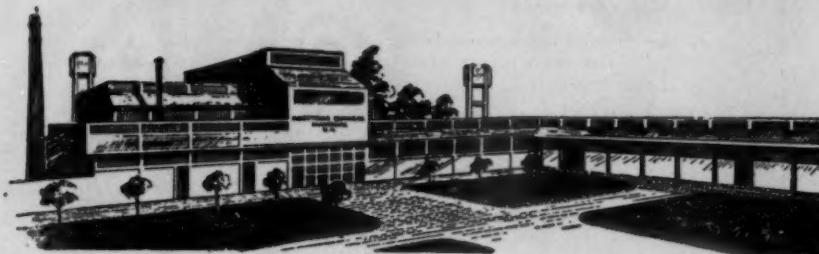
Em frasco de 500 e 1000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de Darrow).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue:

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone: 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderéço Telegráfico: "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio - Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderéço Telegráfico: "BAXTER"

Estado atual da terapêutica da tuberculose ósteo-articular. — Dr. F. Prata de Lima — Portugal Médico, Vol. XXXVIII, n.º 5, maio de 1954.

Breve nota sobre a multiparidade em Portugal. — Dr. A. de Almeida Garrett — Portugal Médico, XXXI, n.º 10, outubro de 1947.

Oração Paraninfal. — Prof. Roldano Monteiro — Faculdade de Ciências Médicas, 1955.

Lesiones Vasculares en Operaciones sobre el Miembro Superior. — Dr. Abel Chifflet.

Levantamiento de los operados. — Prof. Abel Chifflet — Revista Médica del Este — ano XIII, n.º 18, dezembro de 1952.

Síndrome vesiculares agudos en la hidatidosis hepática. — Drs. Abel Chifflet, Carlos Ormaechea y Ruben Varela — Montevideó, 1952.

Técnica operatória en la hernia inguinal. — Dr. Abel Chifflet — Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay — Montevideó, 1955.

Úlcera de la pierna. — Dr. Abel Chifflet — Revista Médica del Este, ano XIII, n.º 18, dezembro de 1952.

Relatório Anual da Casa de Saúde São Miguel, 1953 — Separata da Revista Brasileira de Cirurgia.

Sinfisiotomía en cabeza última. — Dr. J. Dirceu de Andrade — Separata da Revista Española de Obstetricia y Ginecología, n.º 76, julho-agosto de 1954.

A ocorrência do tétano na Finlândia. — Estudo clínico — Drs. Gustaf Elfving e Karl Asp — Suplemento de Annales chirurgiae et gynaecologiae fenniae, vol. 44, supplementum 4 — 1955 — Copenague.

CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:

- a) nas afecções cardio-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribui para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação energica.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.



**LABORATÓRIO
TERÁPICA PAULISTA S/A.
Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil**

INSTITUTO RADIOLÓGICO “CABELLO CAMPOS”

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2º andar — Telefone 34-0655
SÃO PAULO

RUBROMALT

*Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Antioxidantes e Minerais.*

INSTITUTO TERAPÉUTICO ACTIVUS LTDA.
Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

Sanatório São Lucas

Instituição para o progresso da cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Tel. 36-8181 — SÃO PAULO

DISTONEX 

para o



Equilibrio vago-simpático

♦♦♦

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., impriniu.